UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

Carrera de Enfermería

TÍTULO

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Mónica Jaqueline Mancheno López

DIRECTORA:

Psic. Clín. Karina Cecibel Flores Flores, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

Psic. Clín. Karina Cecibel Flores Flores, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que la tesis de grado titulada: **CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA,** de autoría de la señorita Mónica Jaqueline Mancheno López, ha sido dirigida, corregida y revisada prolijamente en todas sus partes, cumpliendo con lo establecido en la normativa vigente en la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación.

Loja, 17 de mayo del 2017

Atentamente,

.....

Psic. Clín. Karina Cecibel Flores Flores, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Mónica Jaqueline Mancheno López, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma: .....

Autora: Mónica Jaqueline Mancheno López

Cédula: 1400532956

Fecha: 17 de mayo del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Mónica Jaqueline Mancheno López**, declaro ser autora de la tesis Titulada: **CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIELALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA.** Como requisito para optar al título de Enfermera; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los diecisiete días del mes de mayo del dos mil diecisiete, firma la autora.

Firma:.....

Autora: Mónica Jaqueline Mancheno López

Cédula: 1400532956

Dirección: Bernardo Valdivieso y Cariamanga

Correo Electrónico: mancheno@hotmail.es

Teléfono: 0994872157

Directora de Tesis: Psic. Clín. Karina Cecibel Flores Flores, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

PRESIDENTE: Lic. Dolores Magdalena Villacis Cobos, Mg. Sc.

VOCAL: Lic. Grace del Pilar Cambizaca Mora, Mg. Sc.

VOCAL: Lic. Ana Roció Granda Sarango, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo ante todo a DIOS, por brindarme la vida y la fortaleza necesaria, en cada momento de mi existencia.

De la misma manera con todo el cariño, a mis padres e hijos, por ser personas excepcionales, luchadoras y anegadas que, con su apoyo y motivación permanente, me supieron guiar para finalizar mi formación profesional.

Mónica

AGRADECIMIENTO

Permítanme agradecer a todos quienes laboran en la Universidad Nacional de Loja, en especial a los docentes de la Carrera de Enfermería de la Área de la Salud Humana.

De manera especial a mi Directora Psic.Clín. Karina Cecibel Flores Flores, Mg. Sc. Por ser un apoyo permanente, que, a través de sus conocimientos, experiencias y su asesoría impartida, me garantizaron finalizar con éxito el presente trabajo investigativo.

De la misma manera quiero agradecer a quienes hacen el Hogar del Adulto Mayor "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" de la ciudad de Loja y muy significativamente a los adultos mayores, por permitirme departir y compartir con ellos el presente estudio investigativo.

Mónica

ÍNDICE

CARÁTULA i

CERTIFICACIÓN..... ii

AUTORÍA iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN iv

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO vi

ÍNDICE..... vii

1.TÍTULO.....1

2. RESUMEN 2

ABSTRACT 3

3.INTRODUCCIÓN.....4

4.REVISIÓN DE LITERATURA 6

4.1 ADULTO MAYOR.....6

4.2 ENVEJECIMIENTO 6

4.2.1 Transición demográfica-envejecimiento.....7

4.3 TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR 9

4.4 ETAPAS PRINCIPALES PARA EL ENVEJECIMIENTO:.....11

4.4.1 Transcendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo. 11

4.4.2 Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo:.....11

4.4.3 Transcendencia del ego frente a preocupación por el ego. 11

4.5 CRISIS DEL ADULTO MAYOR.....11

4.6 CALIDAD DE VIDA.....12

4.6.1 Valoración de la calidad de vida.....12

4.6.1.1 Bienestar emocional 13

4.6.1.2 Relaciones Interpersonales 13

4.6.1.3 Desarrollo personal 134

4.6.1.4 Bienestar físico 134

4.7 BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR. 15

4.7.1 Bienestar psicológico del adulto mayor 16

5.MATERIALES Y MÉTODOS 19

6. RESULTADOS 22

7. DISCUSIÓN 27

8. CONCLUSIONES 30

9. RECOMENDACIONES 31

10. BIBLIOGRAFÍA 32

11. ANEXOS 35

1. TÍTULO

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR “DANIEL ALVAREZ SANCHEZ” DE LOJA.

2. RESUMEN

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito y un reto para los estamentos gubernamentales, por cuanto deben mejorar al máximo la capacidad funcional para la atención de los adultos mayores, considerando que el cambio demográfico mundial produce un impacto en la salud pública; presentando un incremento en el índice de envejecimiento, la atención de salud dirigida al adulto mayor deberá enfocarse primordialmente en el cuidar y prevenir que en el curar, de ahí la necesidad de investigar referente a la calidad de vida de los adultos mayores asilados en el hogar "Daniel Álvarez Sánchez" de la ciudad de Loja, con el objetivo de determinar el bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal y bienestar físico**.** Mediante la investigación con enfoque descriptivo, cuali-cuantitativo, de tipo transversal. Los resultados obtenidos se los alcanzo aplicando el test de calidad de vida FUMAT de (Alonso et al., 2008) instrumento que comprobó un 74% de bienestar emocional, 70% relaciones interpersonales, 62% desarrollo personal y 64% bienestar físico, parámetros que ubican a la mayoría de los adultos mayores en la escala de a veces es decir en un índice medio. En conclusión, se debe actuar mediante un programa de intervención en donde se considere el aspecto biológico, psicológico y las actividades de la vida diaria, por lo que el equipo de salud debe trabajar holísticamente para identificar y evaluar no solo los problemas habituales del área biológica, sino aspectos y factores de riesgo, y que sin duda afecta la calidad de vida del adulto mayor.

Palabras claves: Adulto mayor, bienestar emocional, bienestar físico, desarrollo personal, relaciones interpersonales.

ABSTRACT

The aging of the population can be considered a success and a challenge for the government levels, since they must improve the functional capacity for the care of the elderly, considering that the global demographic change has an impact on the public health; Presenting an increase in the index of aging, health care directed to the elderly should focus primarily on care and prevention in curing, hence the need for research concerning the quality of life of the elderly asylum in the home "Daniel Álvarez Sánchez" of the city of Loja, with the goal of determining emotional well-being, interpersonal relationships, personal development and physical well-being. Through the research with a descriptive, qualitative-quantitative approach, of transversal type. The results obtained were achieved by applying the FUMAT quality of life test (Alonso et al., 2008), which showed 74% of emotional well-being, 70% interpersonal relationships, 62% personal development and 64% physical well-being, parameters that Most of the older adults are placed on the scale of sometimes that is to say in an average index. In conclusion, we must act through an intervention program that considers the biological, psychological and daily life activities, so the health team must work holistically to identify and evaluate not only the usual problems of the biological area , But rather aspects and risk factors, and that undoubtedly affects the quality of life of the elderly.

Key words: Emotional well-being, physical well-being, personal development, interpersonal relationships.

3. INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 65 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento entendido como lo expone Martinez & Mitchell, (2012) es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, en el cual también se presenta un deterioro progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuesta adaptativa y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas, constituyéndose esto en un reto para los gobernantes y la sociedad, que deben mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

El ámbito mundial las proyecciones señalan según estudios efectuados por el Banco Mundial, que entre 1980 y el año 2050, la expectativa de vida para las personas mayores de 65 años aumentará en un 77%, con ello se incrementarán las enfermedades asociadas con la edad tanto en al ámbito fisiológico como psicológico, afectando de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor lo que determina un mayor uso de los servicios de salud.En el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC 2012) hay 1229.089 adultos mayores que equivale al 28% de la población total.

La calidad de vida del adulto mayor, según Velandia, (2011) se define como la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente;

adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

La Organización Mundial de la Salud (2017) específica a la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con múltiples indicadores físicos, psicológicos y sociales.

El adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, estas personas han alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).

Metodológicamente la investigación fue de enfoque científico - social, de tipo cuali-cuantitativo, de corte transversal descriptivo, que tiene como propósito determinar la calidad de vida del adulto mayor que se encuentra asilado en el hogar "Daniel Álvarez Sánchez" de la ciudad de Loja; para el que se utilizó el test de calidad de vida de FUMAT (Alonso, Gómez, & Arias, 2008), instrumento que se aplicó con el objetivo de determinar el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal y el bienestar físico de los adultos mayores de la institución, evidenciando que la mayoría de la población se ubicó en la escala de a veces es decir en un índice medio.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 ADULTO MAYOR

En Ecuador de acuerdo al Concejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII) (2014) las personas adultas mayores son las ciudadanas y ciudadanos que tienen 65 años de edad o más.

Las personas que presentan esta edad o más, según la Constitución, son un grupo de atención prioritaria. Acorde con ello deben recibir atención especializada de calidad, por lo que tienen varios beneficios, entre ellos la devolución del pago del impuesto a la renta, el pago de tarifas reducidas en espectáculos públicos, transportes y el acceso preferencial a varios servicios de salud. Algunos cuentan con seguridad social, un pequeño porcentaje cuenta con seguridad privada mientras que otros acceden a la pensión jubilar no contributiva (CNII, 2014)

4.2 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Se lo ha definido como: "Un deterioro progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad" (Martinez & Mitchell, 2012).

El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua

con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo (MINSALUD, 2013)

A diferencia de las anteriores afirmaciones, la OMS (2017), hace una comparación entre el envejecimiento normal y el proceso del envejecimiento, el primero representa los cambios biológicos que la edad trae consigo sin influencia de las enfermedades o el entorno, mientras que el segundo está influenciando por el entorno, estilo de vida y las enfermedades.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (OMS, 2015).

4.2.1 Transición demográfica-envejecimiento

El envejecimiento de la población es un proceso intrínseco de la transición demográfica, que es el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y

engrosar los sectores con edades más avanzadas. La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado.

La natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2, en el mismo periodo. Esta transformación, que ha adoptado el nombre de transición demográfica, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento (Prospects, 2010)

En 2030 la Tasa Global de Fecundidad del Ecuador estará bajo el umbral de remplazo. Esto quiere decir que a partir de ese momento ya no nacerá suficiente gente para remplazar la población actual y poco a poco el proceso de envejecimiento hará que la población empiece a reducirse en tamaño. La transición demográfica significará que el Ecuador ha llegado a un umbral de crecimiento donde convergen varios fenómenos: estabilización de las tasas de fertilidad, estabilización de tasas de mortalidad y el inicio del decrecimiento poblacional (Villacís & Carrillo, 2012).

La fecundidad es la variable más influyente en el cambio demográfico; según datos del INEC la tasa global de fecundidad en nuestro país, disminuyó de 6,3 hijos por mujer desde el año1960 a 2,7 en el año 2010. De la misma forma la baja mortalidad es otro factor que se relaciona con el envejecimiento de la población. En 1995 la tasa de mortalidad general fue de 4,46, este valor se incrementa en el 2000 a 4,59 y presenta variaciones de 4,26 en 2007 y 4,35 en 2008. Con respecto a la esperanza de vida al nacer; en el periodo de 1965-1970 era de 57.4 años, en el 2010 75 años y se pronostica para el 2050 un promedio de 80,5 años (MSP, 2010).

4.3 TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR

La Teoría del Ciclo de Vida (Baltes, 1987): Esta teoría nos acerca a la noción de que la situación y la posición social experimentada en los adultos mayores están determinadas por los acontecimientos, decisiones y conductas de los individuos en etapas anteriores de su vida. Esta teoría, también permite un acercamiento al análisis de la importancia de los cambios que se producen en la etapa de adulto mayor dentro del contexto de la existencia de los individuos (incluyendo en el análisis la consideración de variables tan importantes como la situación laboral anterior, las pautas de matrimonio, fertilidad y la educación, etc.)

La perspectiva de ciclo de vida introduce la noción de que el adulto mayor es una etapa más en el proceso total del ciclo vital, es decir que no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal, sino que es parte de un proceso, donde el individuo continúa "dialogando" con la sociedad, al igual que como lo hacía en etapas anteriores (Minsal y Ibáñez, 2008).

Teoría de Erikson (1902-1997): explica el desarrollo humano, desde la infancia a la senectud, como una búsqueda de la identidad personal. Este autor plantea ocho estadios psicosociales (crisis) por los que atraviesa el individuo.

a resolución positiva de cada estadio es esencial para poder acceder a las etapas siguientes. Si por el contrario, el paso de una etapa a otra superior no se resuelve de forma satisfactoria, continúa demandando energía y causando dificultades. La naturaleza de cada crisis es diferente y se caracteriza por una bipolarización (positiva-negativa), por tanto, sostiene que toda personalidad sana debe resolver la crisis de forma adecuada. (Martínez, 2008).

En esta teoría se señala una última etapa que corresponde al tema tratado que es la integridad del yo frente a la desesperación cuya tarea importante es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza; donde ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes; junto a las enfermedades aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Además, en esta última etapa de la vida, la contradicción se expresa entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte.

Teoría de Robert Peck (1955): Según Peck ,1955 (citado en Hernando, 2008) señala el desarrollo de la edad adulta en cuatro etapas para la adultez y tres para la senectud. Al explicar los retos especiales de la vida adulta, se propone cuatro problemas o conflictos del desarrollo adulto:

Aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza física. A medida que empiezan a deteriorarse la resistencia y la salud, las personas deben canalizar gran parte de su energía de las actividades físicas hacia las mentales.

Socialización frente a sexualización en las relaciones humanas.

Es otro ajuste impuesto por las restricciones sociales y por los cambios biológicos. Los cambios físicos pueden obligar a redefinir las relaciones con miembros de ambos sexos, a dar prioridad a la confianza sobre la intimidad sexual o la competitividad, es decir, la relación es más racional y sentimental, el sexo se basa cada vez más en la comprensión, sentimientos y conocimiento más profundo.

Flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo. La flexibilidad emotiva es el origen de varios ajustes que se hacen en la madurez, cuando las familias se separan, cuando los amigos se marchan y los antiguos intereses dejan de ser el centro de la vida.

Flexibilidad frente a rigidez mental. El individuo debe luchar contrala tendencia a obstinarse en sus hábitos o a desconfiar demasiado de las nuevas ideas.

4.4 ETAPAS PRINCIPALES PARA EL ENVEJECIMIENTO:

4.4.1 Transcendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo.

Teniendo en cuenta el riesgo de enfermar a esta edad y la disminución del rendimiento físico, es obligado "transcender" los problemas físico-corporales, es decir, centrar las metas vitales en el rendimiento mental y espiritual, y en las relaciones sociales.

4.4.2 Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo:

Al llegar la jubilación y abandono del puesto de trabajo, la persona mayor debe valorarse a sí misma, a través de actividades independientes de su anterior vida laboral y de las características positivas adquiridas en su personalidad.

4.4.3 Transcendencia del ego frente a preocupación por el ego.

El temor a la propia muerte debe verse desistido por las aportaciones personales a cualquier nivel: aportaciones por medio de los hijos y del legado material o cultural para las futuras generaciones (Hernando, 2008).

4.5 CRISIS DEL ADULTO MAYOR

Según (España, 2007) se puede presentar por varios motivos, causando conflictos internos en la persona, algunos de ellos se mencionan a continuación:

- Vive en la incertidumbre del futuro y tiende a replegarse a sí mismo.
- Vive una transformación rápida de sus capacidades físicas e intelectuales y de su modo de vida
- Surge una crisis de identidad: deja de saber quién es y para qué sirve.
- Tiene temores, por un lado, el temor de perder el control de su vida y por otro lado la incertidumbre nacida de un sentimiento de inutilidad. Gran parte de su identidad y del sentido de su vida desaparecen.
- La llegada a una situación de dependencia debido a la edad avanzada provoca un fuerte deseo de independencia que actualiza conflictos antiguos y por otra parte hace resurgir conflictos con la familia de origen.

Es evidente que la ausencia de un apoyo familiar firme es un factor de riesgo, ya que el objetivo principal es que el adulto mayor este en su medio habitual, rodeado de su familia, de sus cosas, que sea tratado como ser humano rico en sabiduría, experiencias y vivencias.

4.6 CALIDAD DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud (2009) define a la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con múltiples indicadores físicos, psicológicos y sociales.

4.6.1 Valoración de la calidad de vida.

Para evaluar la calidad de vida es necesario considerar las apreciaciones y valoraciones de los adultos mayores en relación a sus relaciones familiares, amistades y

redes de apoyo social y laboral. Hay varios instrumentos para valorar la calidad de vida, entre estos tenemos la Escala de FUMAT (Alonso et al., 2008).

Las dimensiones de la Calidad de vida son cuatro: bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico**.**

4.6.1.1 Bienestar emocional

Es el estado de equilibrio entre las emociones, sentimientos y deseos, sé evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, auto concepto (incapacidad e inseguridad), ausencia de estrés y ansiedad (problemas de comportamiento, incapacidad e intranquilidad), sentimientos negativos, relación de pareja, estabilidad emocional.

Es una dimensión clave e irreemplazable de la calidad de vida, está obligada, por tanto, a tener en cuenta esta dimensión personal y subjetiva en el diseño y realización de los planes de apoyo orientados a potenciar el desarrollo personal y las competencias del individuo.

Para ello es preciso contar con instrumentos de medida capaces de valorar las distintas situaciones emocionales en las que pudiera estar inmersa la persona (Schalock & Verdugo, 2009).

4.6.1.2 Relaciones Interpersonales

Son necesidades básicas para los adultos, sus indicadores: Relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, manifiesta sentirse querido, conservando una buena relación con los compañeros de servicio, (Schalock & Verdugo 2009).

Las relaciones interpersonales impulsan la participación social de las personas mayores y, por tanto, son un aspecto clave para el envejecimiento activo. Además, previenen riesgos de dependencia y ayudan a mantener la independencia, a la vez que fomentan la autonomía personal (Gómez & Coll, 2011)

4.6.1.3 Desarrollo personal

Es el conjunto de técnicas motivacionales que implica autoconocimiento de los adultos mayores, sus indicadores: actividades que le permitan realizar cosas nuevas y adquirir habilidades, flexibilidad mental y autocuidado (Schalock & Verdugo 2009).

El desarrollo personal es un proceso de revisión y conocimiento personal que permite tomar conciencia de las fortalezas y debilidades de las personas y, de este modo, relacionarnos mejor consigo mismo y con los demás. Este proceso debiera realizarse a lo largo de todo el ciclo vital de la persona, y aún más, en la etapa de la vejez se plantea como un elemento fundamental una revisión y/o balance de vida con los aspectos positivos y negativos, con una aceptación de la etapa y con adaptación a los cambios que ésta conlleva.

El desafío en la etapa del adulto mayor se orienta a ser capaces de reflexionar acerca de la vida, con un grado de satisfacción, asumirla con lo bueno y lo que ésta haya tenido, lograr paz, serenidad consigo mismo y con los demás y replantearse la vida para realizar nuevas actividades, disfrutar del tiempo que ahora se tiene y hacer aquello que antes no se pudo hacer (Avaria, 2010).

4.6.1.4 Bienestar físico

Se puede definir como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de malestar y dolencia (Ramos, 2011). También es la capacidad que

tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio, sus indicadores, atención sanitaria, memoria, problemas para recordar información importante, movilidad, visión, audición, sueño, dispone de ayudas técnicas si las necesita, actividades de la vida diaria (problemas de continencia, se muestra limpio y aseado), salud general (su salud le impide salir a la calle) (Schalock & Verdugo 2009).

En la etapa del adulto mayor, desde un punto de vista biológico, es un proceso propio de todo ser vivo, inevitable e irreversible. Es la fase final del desarrollo. Paralelamente a este envejecimiento biológico, que se produce sin que se sufran enfermedades y/o accidentes, el ser vivo, a lo largo de su vida y, principalmente, al final de ella, experimenta enfermedades y accidentes que influyen y aceleran su envejecimiento.

> Es así que para la mayoría de los adultos mayores la disminución de su capacidad física y el deterioro de su salud es el problema más serio que los afecta y que los puede hacer dependiente de otros seres humanos (Matas & Biotti, 2010)

4.7 BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR.

En los últimos años se ha generado un especial interés por conocer el bienestar de las personas mayores, éste se debe principalmente al aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los países desarrollados.

En la Etapa de Adulto mayor, los bienestares personales se constituyen en los principales criterios para una etapa exitosa, tomando al bienestar como un concepto globalizador que incluye tanto la satisfacción, la felicidad, la vida considerada como un todo, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida, competencia. En este sentido, al examinar el bienestar personal de los adultos mayores podremos conocer sus sentimientos de satisfacción y de felicidad, sus condiciones y su dinámica de vida, lo cual

permite acercarnos al proceso de envejecimiento y a la realidad social de los adultos mayores(Emma & Valdés, 2009)

4.7.1 Bienestar psicológico del adulto mayor

González-Méndez (2012) vincula el bienestar psicológico con el estado mental y emocional que determina el funcionamiento psíquico óptimo de una persona de acuerdo a su paradigma personal y al modo de adecuarse a las exigencias internas y externas del entorno físico y social. Así mismo, relaciona el bienestar con las creencias que orientan las acciones de las personas y el significado atribuido a sus experiencias previas. Además, asocia el bienestar con el poseer experiencias aceptadas y asimiladas cognitiva y emocionalmente de manera satisfactoria, con la capacidad de rechazar aquellas consideradas como inconvenientes y con la habilidad de adaptarse a diversas circunstancias con flexibilidad.

Desde una perspectiva quizá más amplia y por ser una de las autoras que más ha trabajado el tema, Ryff (1995) comenta que el bienestar psicológico tendría que ver con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiera significado para uno mismo, con los desafíos y con un cierto esfuerzo con superarlos y conseguir metas valiosas, mientras que el bienestar subjetivo tendría que ver más con sentimientos de felicidad, de ausencia de problemas y de presencia de sensaciones positivas. Por poner un ejemplo extremo, una persona que esté experimentando sufrimiento y dolor podría al mismo tiempo experimentar un gran bienestar psicológico si contempla ese sufrimiento como algo con significado desde su perspectiva que le hace convertirse en mejor persona.

La autora desarrolla uno de los primeros trabajos y de mayor relevancia en la comunidad científica al respecto de la estructura del bienestar psicológico, donde se intenta encontrar criterios y cualidades concretas y estables que permitan hablar de bienestar y explorar en qué medida la persona cumple esos criterios o posee esas cualidades.

Para establecer estos criterios, define seis dimensiones de las que constaría el bienestar psicológico y construye un instrumento para poder medirlas. Las dimensiones que propone son seis: relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del ambiente, propósito de vida y crecimiento personal.

4.7.1.1 Relaciones con los demás

El auto aceptación implica una forma más genuina de compartir con el otro y generar una relación que satisfaga a ambas partes, y la manifestación de disfrute de momentos de soledad.

4.7.1.2 Autonomía

Que va en relación tanto con el auto aceptación, así como con la capacidad de mantener buenas relaciones con los demás. La autonomía permite a la persona ser como es, sin necesidad de fingir ser alguien que no lo es sino más bien se alcanza la seguridad y libertad para desenvolverse de manera natural.

4.7.1.3 Dominio del ambiente

Esta característica permite que la persona sienta seguridad sobre el entorno en el que se desarrolla. Este entorno es en el cual se seguirá desarrollando por tanto

debe proveer satisfacción, y la persona poseerá una sensación de control sobre el mundo y una capacidad de influir sobre el contexto que le rodea.

4.7.1.4 Propósito de vida

Cuando una persona ha logrado aceptarse tal como es podrá mirar el interior y encontrar el sentido o propósito de vida. Significa que cada vez avanzará más y crecerá, considerando que el crecimiento es gradual.

4.7.1.5 Crecimiento personal

Permite buscar el equilibrio entre las necesidades y la satisfacción, se logra jerarquizar las necesidades y equilibrarlas con las propias, así como con las exigencias del entorno. Hay una facilidad para aprender de cada experiencia vivida lo cual proporciona bienestar consigo mismo y con las personas que le rodean.

Estos diversos aspectos permiten entender el estado de satisfacción de los adultos mayores y es probable que a través de la indagación acerca de cada uno se llegue a develar cómo influyen los cambios en el bienestar de las personas adultas mayores.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

La investigación fue descriptivo cuali-cuantitativo, de tipo transversal y descriptivo, por cuanto permitió conocer el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal y bienestar físico del adulto mayor.

5.2 Área de estudio

El Asilo "Daniel Alvares Sánchez" es una institución de labor social que recibe apoyo económico de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, ubicado en Ciudad de Loja, está situado en la calle Agustín Carrión Palacios s/n Barrio Jipiro, Parroquia el Valle. Este asilo presta de apoyo y cuidados mediante los servicios de cuidados directos de rehabilitación, psicología, medicina y enfermería a los adultos mayores que presenta mayor vulnerabilidad, pobreza y abandono social

5.3 Universo y Muestra

El universo de la investigación, fueron los adultos mayores asilados en el Hogar Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja, y son un total de 50 personas.

5.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para evaluar la calidad de vida es necesario considerar las apreciaciones y valoraciones de los adultos mayores en relación a su desenvolvimiento individual y/o colectivo, para lo cual existen varios instrumentos, entre estos el que destaca es la Escala de FUMAT (2009).

La escala de FUMAT permitió determinar las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, y bienestar físico; las cuales evidencian la calidad de vida de los adultos mayores investigados**.**

El instrumento FUMAT(2009)**,** evalúo las necesidades y dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor, que consta de 28 interrogantes las cuales tienen alternativas para contestar como: Siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces y nunca o casi nuca; están inquietudes hacen referencia a 4 dimensiones, cada una de ellas contiene de 6 a 8 preguntas, el tiempo de cumplimiento es de 20 minutos aproximadamente sumando el tiempo de lectura de este sondeo donde se facilita toda la información necesaria.

Para obtener el índice de calidad de vida se procedió de la siguiente manera; en cada dimensión se suman las respuestas (1, 2, 3, 4) de cada uno de los parámetros que lo componen, (siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces, nunca o casi nunca), luego de obtener el total de los parámetros de cada dimensión se procede a sacar la media (dividido para los cuatro parámetros) de cada dimensión, el total de este valor se convierte en el índice de calidad de vida.

Una vez terminada la aplicación de la escala y comprobado que no se ha dejado ninguna cuestión en blanco, el informador debió puntuar e interpretar los resultados de las dimensiones de la calidad de vida.

5.5 Fuentes de información

La fuente primaria de información de los adultos mayores es a través del instrumento de la escala de FUMAT Alonso et al., (2008), la fuente secundaria para el desarrollo investigativo se utilizó bibliografía actualizada, como textos, internet, revistas e investigaciones y/o artículos científicos.

5.6 Presentación de datos y plan de análisis

Los resultados obtenidos luego de haber aplicado el instrumento se los presenta a través del método estadístico, que permitió tabularlos y representarlos gráficamente previo a un plan de análisis, con forme a las normas de la escala de FUMAT (Alonso et al., 2008)

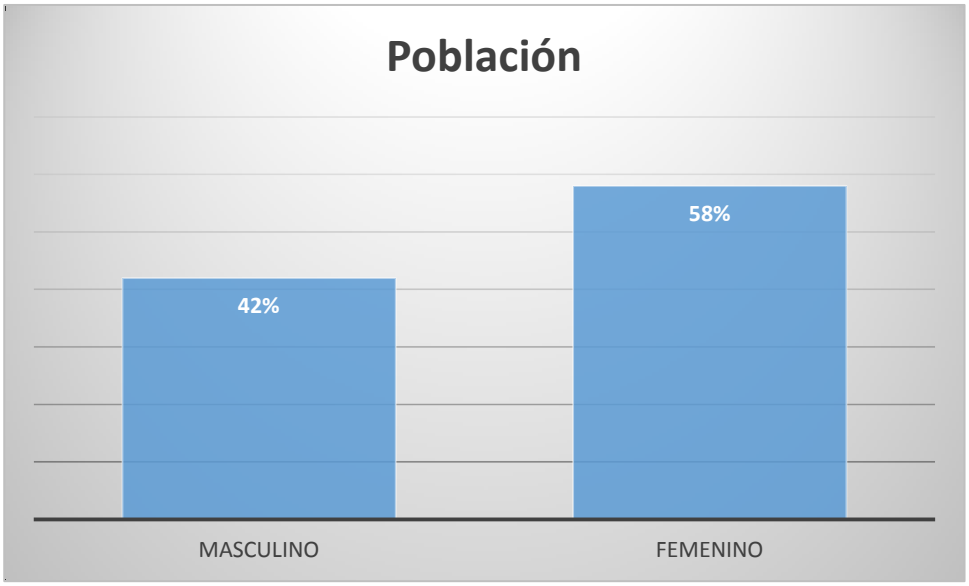
5.7 Consideraciones éticas

Se debe indicar que los resultados del estudio de la calidad de vida de los adultos mayores del Hogar Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja, se los utilizará únicamente con fines investigativos y se pondrá a consideración de las autoridades de este centro con la finalidad de que sean esgrimidos en la perspectiva de mejorar la calidad de vida de los investigados, por lo que no se dará el nombre de ninguna persona que intervino en la investigación, respetando las normas éticas de la formación profesional.

6. RESULTADOS

Tabla #1

Población de adultos mayores en relación al sexo

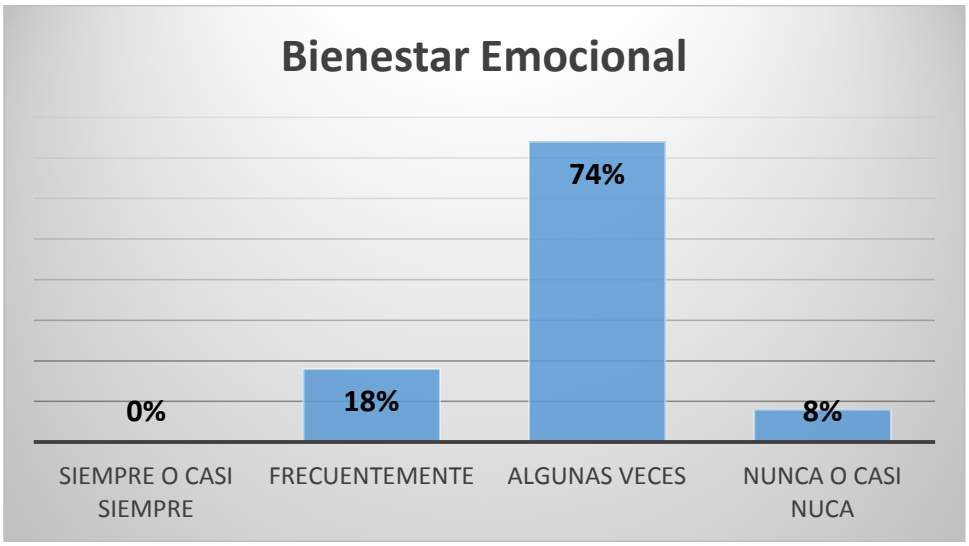


FUENTE: Escala de calidad de Vida (FUMAT)
AUTORA: Mónica Jaqueline Mancheno López

Del 100% de la población investigada el 58% corresponde al sexo femenino y el 42% restante al sexo masculino. Actualmente, la esperanza de vida de las mujeres (68 años) es superior en alrededor de cinco años a las que registran los varones (63 años), justificándose en la presente investigación un mayor porcentaje de adultos mayores del sexo femenino.

Tabla # 2

Valoración del adulto mayor en relación al Bienestar emocional

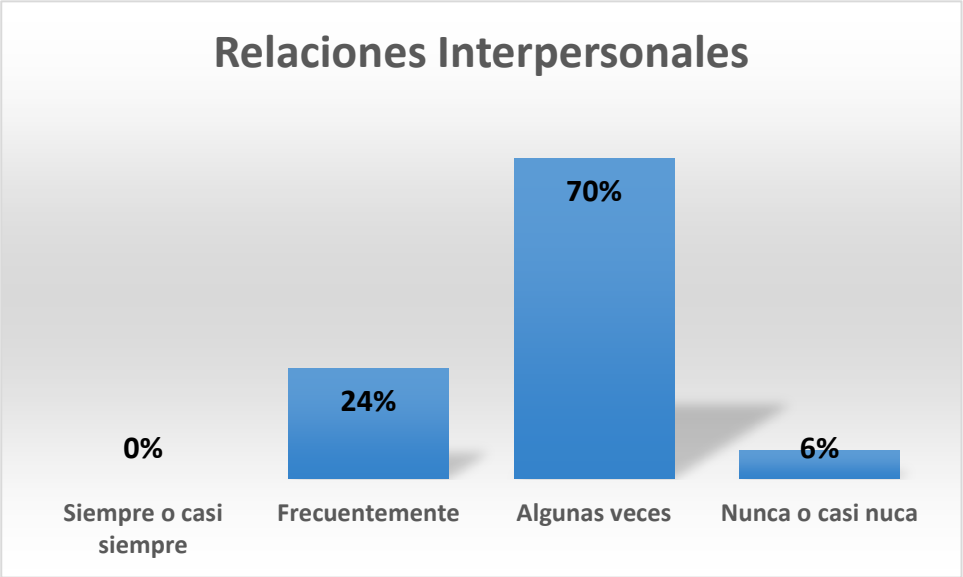


FUENTE: Escala de calidad de Vida (FUMAT)
AUTORA: Mónica Jaqueline Mancheno López

En el bienestar emocional, el 74% de la población investigada indica que algunas veces manifiesta " sentirse inútil" y "sentirse triste o deprimido" mientras que el 18% indica que frecuentemente " muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad". El bienestar emocional en los adultos mayores se presenta con el equilibrio de las emociones, sentimientos y deseos que pueden ser evaluados a través de la satisfacción, incapacidad e inseguridad, ausencia de estrés y ansiedad, sentimientos negativos, relación de pareja y estabilidad emocional.

Tabla # 3

Valoración del adulto mayor en relación a las Relaciones interpersonales

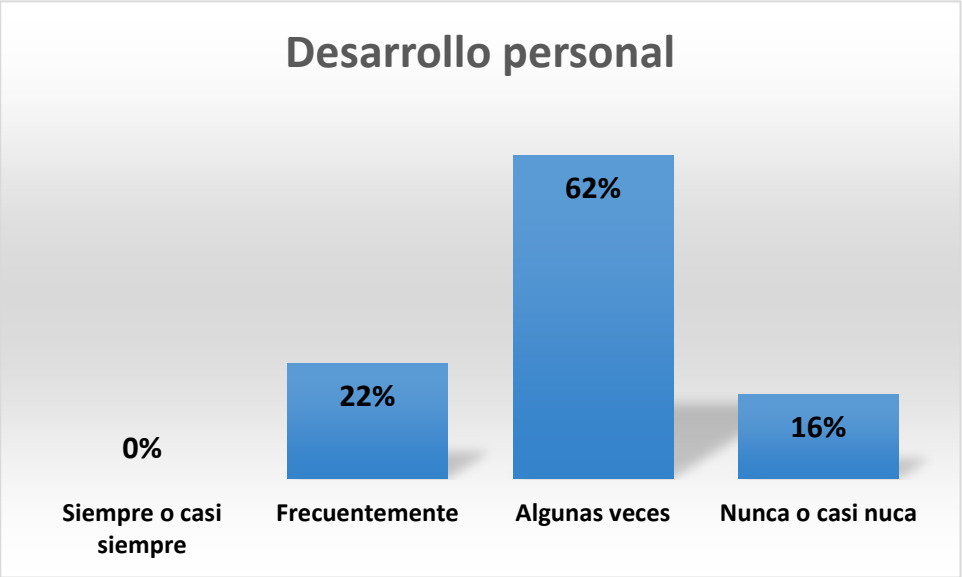


FUENTE: Escala de calidad de Vida (FUMAT)
AUTORA: Mónica Jaqueline Mancheno López

Referente a las relaciones interpersonales la mayoría de la población investigada indica que 70% algunas veces "carece de familiares cercanos" y "valora negativamente sus relaciones de amistad", mientras que el 24% indica que frecuentemente "realiza actividades que le gusta con otras personas". Las relaciones interpersonales permiten que los adultos mayores mantengan una relación con sus amigos y familiares, impulsando la participación social y, por tanto, son un aspecto clave para el envejecimiento activo. Además, previenen riesgos de dependencia y ayudan a mantener la independencia, a la vez que fomentan la autonomía personal.

Tabla # 4

Valoración del adulto mayor en relación al Desarrollo personal

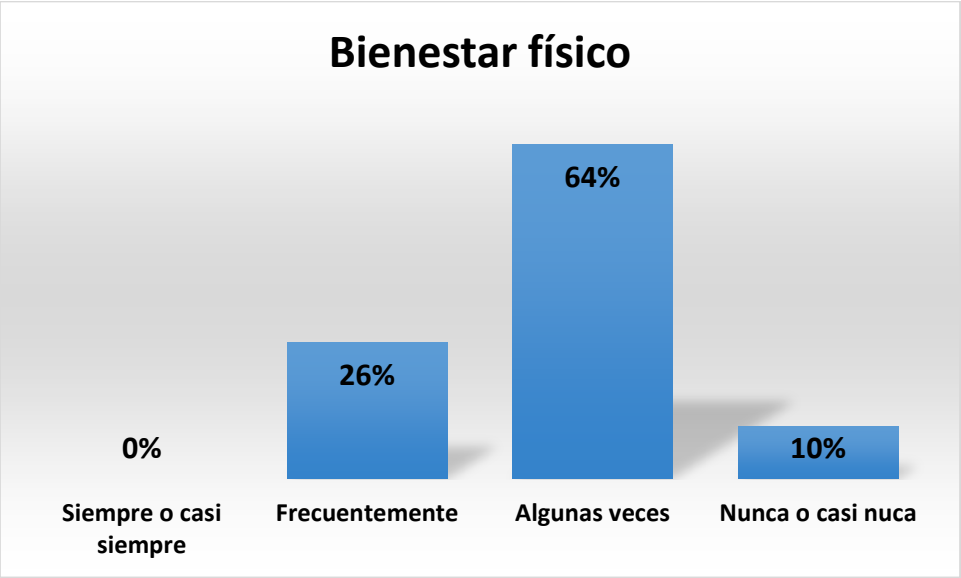


FUENTE: Escala de calidad de Vida (FUMAT)
AUTORA: Mónica Jaqueline Mancheno López

En cuanto al desarrollo personal el 62% de la población investigada indica que algunas veces "muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad" y "muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas" mientras que un 22% indica que frecuentemente "tiene dificultades para expresar información" y "tiene dificultades para comprender la información". El desarrollo personal implica el autoconocimiento de los adultos mayores, mediante actividades que le permitan realizar cosas nuevas y adquirir habilidades, flexibilidad mental y autocuidado, tomando conciencia de las fortalezas y debilidades de las personas y de este modo, relacionarnos mejor consigo mismo y con los demás.

Tabla # 5

Valoración del adulto mayor en relación al Bienestar físico



FUENTE: Escala de calidad de Vida (FUMAT)
AUTORA: Mónica Jaqueline Mancheno López

Para el Bienestar físico el 64% de la población investigada indica que algunas veces "tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal" y "tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras de familiares y nombres), mientras que un 26% indica que frecuentemente "tiene problemas de movilidad" y "tiene problemas de continencia". Así el bienestar físico es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio y es evaluada mediante la atención sanitaria, memoria, problemas para recordar información importante, movilidad, visión, audición, sueño, dispone de ayudas técnicas si las necesita, actividades de la vida diaria como problemas de continencia y aseo personal y su salud en general.

7. DISCUSIÓN

La calidad de vida de manera general debe ser asumida por todo ser humano desde que se hace responsable de su propia existencia, es decir, en algún momento de su vida y englobando situaciones biopsicosociales específicas, cuyo centro gira alrededor de sí mismo, pero también obedece al entorno y en tanto estos factores le sean favorables o no dependerá de la calidad de vida en todos sus aspectos.

El Bienestar emocional de la población investigada indica en mayor porcentaje que algunas veces manifiesta "sentirse inútil" y "sentirse triste o deprimido", y en menor porcentaje se indica que frecuentemente "muestran sentimientos de incapacidad o inseguridad". Con lo que concordamos con algunos de los problemas emocionales que se presentaron en la investigación realizada por Hurtado (2012) a los adultos mayores del departamento de Tarija, que mostraron un alto porcentaje de sintomatologías como sentirse triste o deprimido, nerviosismo, cansancio, agotamiento, sensación de vacío, soledad; pesimismo con relación a su salud, su bienestar y su futuro.

En cuanto a las Relaciones interpersonales la mayoría de la población investigada presenta un mayor porcentaje en algunas veces "carece de familiares cercanos" y "valora negativamente sus relaciones de amistad", y en menor porcentaje indica que frecuentemente "realiza actividades que le gusta con otras personas" mientras que el estudio realizado por Corugedo et al., (2014) en el Policlínico Universitario Comandante Manuel Fajardo – Cuba, nos indica de forma general que los ancianos presentan estados de displacer o mala calidad en las relaciones con sus familiares y amigos que concuerdan con el mayor porcentaje presentado en esta dimensión.

El Desarrollo personal que presentaron los adultos mayores de la presente investigación demuestra un alto porcentaje en algunas veces "sentimientos de incapacidad e inseguridad" y "dificultad para resolver con eficacia los problemas" y en menor porcentaje se indica que frecuentemente "tiene dificultades para expresar información" y "tiene dificultades para comprender la información". Siendo similar al estudio propuesto por Herrera, et al., (2014), denominado calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia), que indicaron inconvenientes en su desarrollo personal puesto que se muestran inseguros al momento de desempeñar actividades y presentan dificultades para recibir y transmitir información.

La población investigada presentó mayores dificultades respecto al Bienestar físico, en las siguientes dimensiones, ya que algunas veces "tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal" y "tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras de familiares y nombres), y frecuentemente "tiene problemas de movilidad" y "tiene problemas de continencia". Difiriendo con los problemas físicos que se presentaron en el estudio denominado calidad de vida del adulto mayor en el departamento de Tarija, efectuado por Schmiedl et al., (2012) en el que se evidenció que los adultos mayores no realizan deportes, las actividades físicas están centradas más bien en realizar actividades domésticas determinadas por las capacidades que aún conservan y las necesidades que tienen.

Así mismo en el estudio denominado calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia), efectuado por Herrera, et al., (2014), determinaron que la calidad de vida relacionada a salud tiende a valores que pueden considerarse como buenos 7,6%, las dimensiones que presentaron puntajes más altos

fueron la plenitud espiritual y el autocuidado, y con menor puntaje el bienestar físico y el apoyo comunitario.

Contrastando con los resultados de esta investigación en la cual se evidenciaron que la dimensión de bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal y el bienestar físico que se ubicaron en una escala media, se reconoce que en cualquier lugar del mundo la calidad de vida de los adultos mayores se ve afectada.

8. CONCLUSIONES

Se puede concluir que la mayor parte de los adultos mayores (74%) evaluados del Hogar Daniel Álvarez Sánchez algunas veces presentaron bienestar emocional, es decir que indican un equilibrio de sus emociones, sentimientos y deseos lo que muestra que son personas que no presentan problemas de comportamiento y se muestran tranquilas y seguras.

En cuanto a las relaciones interpersonales la mayoría de los Adultos mayores (70%) indica que algunas veces mantienen comunicación ya sea con sus familiares y amigos lo que es un indicador de que se sienten queridos.

El 62% de los adultos mayores indican que algunas veces presentan desarrollo personal por lo que se puede concluir que ellos aceptan de forma positiva la etapa por la que están transitando y reconocen los cambios que conllevan.

Finalmente, los el 64% de la población investigada indica que algunas veces tiene bienestar físico lo que permite concluir que se mantienen físicamente activos, que tiene facilidad de recordar información y mantiene relaciones sociales positivas.

9. RECOMENDACIONES

A las autoridades del Ministerio de Salud Pública y del (MIES) Ministerio de Inclusión Económica y Social que consideren la posibilidad de utilizar instrumentos que valoren de forma integral el estado de salud de los adultos mayores al momento de su ingreso y durante su estancia, e instaurar un tratamiento adecuado que permita afrontar la problemática desde una perspectiva holística y saludable.

A la Directora Hna. Rosa Agila del Asilo ‘’Hogar Daniel Álvarez Sánchez’’, fortalecer el área de Gerontología con ambientes físicos y amueblados para la realización de actividades lúdicas y ocupacionales que permita aprovechar y mejorar las habilidades cognitivas de que disponen los adultos mayores que asisten a esta institución.

A los directivos del Hogar Daniel Álvarez Sánchez, que articule la participación de los grupos multidisciplinarios entre enfermera, médico, psicólogo clínico y trabajador social, con la finalidad de manejar modelos de intervención integral, que ayuden a potenciar la calidad de vida de los adultos mayores.

A la Universidad Nacional de Loja, establezca vínculos de participación con el Ministerio de Inclusión Económica y Solidaria, para que los estudiantes de la carrera de Enfermería, realicen prácticas pre profesionales con adultos mayores.

10. BIBLIOGRAFÍA

Alonso, M., Gómez, L., & Arias, B. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores La Escala FUMAT. Intervención Psicosocial (Vol. 17, 2). http://doi.org/10.4321/S1132-05592008000200007

Avaria, G. (2010). Desarrollo Personal en la Desarrollo Personal en la Vejez.

CNII. (2014).¿Quiénes y cuántos son? Retrieved March 12, 2017, from http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/quienes-son-adulto-mayor

Corugedo, C., González, L., Arias, V., Grey, D., & Crespo, A. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces Quality of life of the old people living in the home for the elderly located in Cruces municipality. 30: 208–216. Available at: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n2/mgi06214.pdf.

Emma, S., & Valdés, C. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento, (7), 48–65.

España, D. (2010). Adulto Mayor: Una Nueva Etapa de Vida. *Guía de Orientación Para La Compreensión Y Atención Psicológica En La Edad Avanzada*.

Gómez, G., & Coll, L. (2011). Relaciones sociales y envejecimiento saludable, 62.

González-Méndez, H. (2012). El paradigma personal. Un modelo integrador en psicoterapia. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones.

Herrera, E., Ayala, S., Coneo, M., Merchán, A., Montes, T., Payares, C. & Reyes, T. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). 14 (4): 537-548

. Hernando, M. (2011). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. Dialnet, 37-64. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo? codigo= 275 6876

Martinez, D. H., & Mitchell, E. M. (2012). Unidad N° 5. SALUD DEL ADULTO MAYOR - GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, 1–19.

Matas, J., & Biotti, J. (2010). SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR. Retrieved January 5, 2017, from http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/biotti_2.htm

MINSALUD. (2013). Envejecimiento y Vejez. Retrieved January 4, 2017, from https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx

Minsal, C., & Ibáñez. (2008). Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, Documento de Trabajo.

MSP. (2010). Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Recuperado el 1 de enero de 2017, de http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf

OMS. (2017). Envejecimiento. OMS. Available at: http://www.who.int/topics/ageing/es/.

OMS. (2015). Envejecimiento y salud. Retrieved February 15, 2017, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/

OMS. (2009). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol ; 37(2):74-105.

Prospects, W. P. (2010). El envejecimiento de la población mundial, 11–18.

Ramos, F. (2011). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Revista Pedagógica, Tabanque.*, *16*, 84– 104.

Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. Current Directions in Psychological Science, 4, 99-104.

Schalock & Verdugo. (2009). Dimensiones e Indicadores de la Calidad de Vida Individual y Familiar. Paso-Paso.

Schmiedl, S., B. Ortuño, T. Azurduy, and A. Subirana.(2012). Ventana Cientif ica Ventana Científica. Scielo: 1.

Velandia, A. (2011). INVESTIGACIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE VIDA. El arte y la Ciencia del Cuidado. Available at: http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2011/09/ana-luisa-velandia-mora-investigacion.html.

Villacís, B., & Carrillo, D. (2012). *País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Edicón especial*. *revista Analitika*. Quito – Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

11. ANEXOS

ANEXO Nº 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO 1: TEST DE CALIDAD DE VIDA DE FUMAT (2009).

Encuesta dirigida al adulto mayor en el "Hogar Daniel Álvarez Sánchez" de Loja. Nº---

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombres y Apellidos:……
Cuando Nació: Día: …. Mes:…… Año:…….

Qué estudios tiene: Primaria:…….Secundaria:……..Universitaria:…….Ninguno:……..

Cuál es actualmente su estado civil:

Casado:……Viudo:…….Divorciado:……Separado: ……Soltero:……
Fecha de entrevista…….

A continuación se procede a dar lectura a las diferentes interrogantes con la finalidad de que el adulto mayor conteste de acuerdo a su preferencia.

TEST DE CALIDAD DE VIDA DE FUMAT

BIENESTAR EMOCIONAL

ITEMS	**Siempre o Casi Siempre**	**Frecuente mente**	**Algunas Veces**	**Nunca o Casi nunca**
En general se muestra satisfecha con su vida presente	4	3	2	1
Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	1	2	3	4

RELACIONES INTERPERSONALES

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi
Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
Mantiene una buena relación con los profesionales de servicio al que acude	4	3	2	1
Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes.	4	3	2	1

DESARROLLO PERSONAL

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
Puede leer información básica para la vida cotidiana	4	3	2	1
Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas	1	2	3	4
Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
En el servicio al que acude le proporcionan información	4	3	2	1
Muestra dificultades para manejar conceptos matemático	1	2	3	4
Tiene dificultades para comprender la información	1	2	3	4
Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.	1	2	3	4

BIENESTAR FÍSICO.

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombre).	1	2	3	4
Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4

PUNTAJE DE CALIFICACION: Para obtener el índice de calidad de vida se procede de la siguiente manera; en cada dimensión se suman las respuestas (1, 2, 3, 4) de cada uno de los parámetros que lo componen, ("siempre o casi siempre", "frecuentemente", "algunas veces", "nunca o casi nunca"), luego de obtener el total de los parámetros de cada dimensión se procede a sacar la media (dividido para los cuatro parámetros) de cada dimensión, el total de este valor se convierte en el índice de calidad de vida.

ANEXO Nº2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMENA

CARRERA DE ENFERMERIA

PROYECTO: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA.

Nº -----

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Loja__de_____del 201-

Yo _____portador de la cedula de identidad N°_____ firmando abajo y habiendo recibido todas las informaciones en relación con la utilización y destino de la información obtenida para el proyecto de investigación titulado: **Calidad de Vida del Adulto Mayor Asilado en el Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" de Loja"**
Consciente y conocedor de mis derechos abajo relacionados ESTOY DE ACUERDO en participar de la mencionada investigación.

- Se le garantiza a la participante recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda de los objetos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la cual está participando.
- Se le asegura plenamente que no será identificado y que se mantendrá el carácter confidencial de la información relacionado con sus declaraciones sin que estas ocasionen algún perjuicio en su vida personal.

Tengo conocimiento de lo expuesto anteriormente y deseo participar de manera voluntaria en el desarrollo de esta investigación.

……. ……
Firma de la participante Firma del investigado

ANEXO Nº3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMENA

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA.

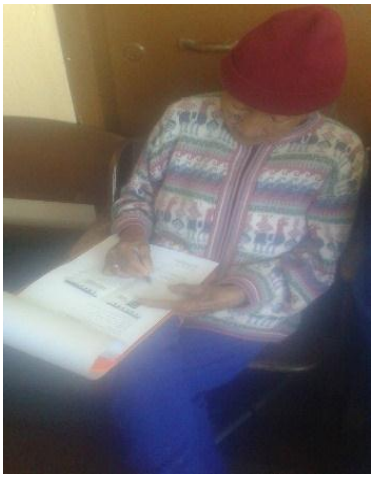
EVIDENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO

HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA
ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN

ADUTOS MAYORES EN SU DIARIO VIVIR

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO A LOS ADULTOS MAYORES PARA IDENTIFICAR LA CALIDAD DE VIDA EN EL HOGAR “DANIEL ALVAREZ SANCHEZ”

ADULTOS MAYORES FIRMANDO EL CONCENTIMIENTO INFORMADO



BRINDANDO AYUDA A LOS ADULTOS MAYORES QUE TIENEN DIFICULTAD PARA ALIMENTARSE

ANEXO Nº 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Of. Nº. 651 - CCE-ASH-UNL.
Loja, 08 de noviembre de 2016

Hna. Rosa Águila
DIRECTORA DEL ASILO DANIEL ALVAREZ SANCHEZ
Ciudad,

De mi consideración

Con un cordial saludo me dirijo a Usted, en la oportunidad de solicitar muy comedidamente su autorización para que la señorita **MÓNICA MANCHENO LOPEZ**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, pueda obtener toda la información necesaria para la realización de su tesis intitulada **"CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ "DE LOJA"** previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Por la favorable atención que se dé al presente le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

Lic. María del Cisne Agurto Mg. Sc
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA ASH-UNL

MAE/Elaborado por Dra. Elsa Pineda Mg. Sc.
C.c. Archivo.

Recibido y aceptado
el día 10 de Noviembre del 2016.
Hna. Rosa Aguila D.

ANEXO Nº 5

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA" autoría de la Srta. Mónica Jaqueline Mancheno López con cédula 1400532956, egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 15 de Mayo de 2017

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

FINE-TUNED ENGLISH CIA. LTDA. LOJA - ECUADOR

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Telefóno: 2678442

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMENA

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO Nº 6

a**. TEMA**

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA.

b. PROBLEMÁTICA

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad, (OMS, 2014).

La Organización Mundial de la salud (OMS 2012), manifiesta que la esperanza de vida al nacimiento promedio es de casi 76 años en el quinquenio 2000 - 2005, la cual podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo.

De acuerdo a las proyecciones de las Naciones Unidas, para mediados del siglo XXI, América Latina y el Caribe tendrán 112 personas de 60 años de edad o más por cada 100 personas de 15 años o menos, (Zúñiga et al, 2005).

Dentro de las evidencias científicas se encuentra un estudio realizado en Colombia que lo efectuaron con el objeto de describir la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social, en el cual se pudo evidenciar de los 187 adultos mayores que participaron que el promedio de edad fue de 75 años (95 %), de estado civil soltero (57,6 %), nivel educativo primaria (45,5 %), recibir medicamentos (80,3 %), realizar actividades físicas (54,5 %) y no realizar actividades productivas (37,9%). La autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud tiende a valores que pueden considerarse como buenos (7,6 %). En conclusión, las dimensiones

que presentaron puntajes más altos fueron la plenitud espiritual y el autocuidado, y con menor puntaje el bienestar físico y el apoyo comunitario. Esta información será útil para proponer políticas de salud y prácticas de cuidado para esta población, (Meguizo et al., 2014).

En Medellín (Colombia), el Comité de Bioética de la Universidad Cooperativa de Colombia después de haber realizado el respectivo estudio transversal correlacional en el año 2012 da a conocer los siguientes resultados. La edad promedio en el grupo de estudio fue de 77 años con rango entre 60 y 90, el 56% fueron mujeres, el 67 % residían en un hogar geriátrico público o de beneficencia, el 44 % de los adultos estaban a cargo del hogar geriátrico (abandonados por familia y amigos), el 87 % tienen una percepción de satisfacción con el hogar, el 29 % está insatisfecho con el apoyo familiar, el 60 % participaba en algún tipo de grupo social (religioso, cultural, deportivo u otro) y el promedio de visitas por mes fue de 3,6 %.

En las condiciones de salud del grupo se halló una prevalencia de HTA del 50 %, de diabetes mellitus del 23,6 %, dislipidemias en el 22,3 % y osteoporosis en el 15 %; además, el principal régimen de afiliación en salud fue el subsidiado, (Cardona, Álvarez, & Pastrana, 2014).

En Bolivia (Tarija) en 2012, el análisis de los resultados a partir de las referencias estadísticas obtenidas sobre la calidad de vida en los adultos mayores del Departamento de Tarija se llegó a las siguientes conclusiones que en su mayoría son viudos (as). El grado de instrucción concentra mayores porcentajes en los varones que lograron terminar la Primaria mientras que un mayor número de mujeres son analfabetas; obteniéndose valores muy reducidos en sujetos que cursaron estudios Superiores o de Profesionalización. El mayor porcentaje de los entrevistados sufren de alguna enfermedad, las mismas se

manifiestan principalmente en problemas de vías respiratorias, cardiacas, hipertensión, mala dentición, dolores de huesos y calambres, y en menor grado vías urinarias o renales y pérdida de memoria. En los aspectos emocionales se encontraron sintomatologías altamente significativas de tristeza, nerviosismo, cansancio, agotamiento, sensación de vacío, soledad; pesimismo con relación a su salud, su bienestar, su futuro, (Susana & Proyecto, 2012).

En Cuba (Pinar), se realizó el estudio descriptivo transversal evaluando la calidad de vida en adultos mayores, respecto a diferentes variables sociodemográficas, enfatizando en su vinculación a Casa de Abuelos, durante el período enero-diciembre 2006. Se toma una muestra de 42 ancianos incorporados a la Casa de abuelos y otra de igual tamaño de ancianos no incorporados. A cada anciano evaluado se le aplica una entrevista estructurada y la variable Calidad de Vida se mide con la Escala M.G.H. Se encontró un predominio del sexo masculino, edades de 75-84 años, solteros y viudos. Sobresalen las categorías alta y media de calidad de vida; la dimensión salud no daña la calidad de vida de los ancianos pero la dimensión satisfacción por la vida si afecta en un grupo de ellos, (Montanet, Bravo, & Hernández, 2009).

Otro estudio en Cuba (Cruces), durante el periodo de febrero 2012 – 2013 se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal sobre la calidad de vida en el adulto mayor el universo estuvo constituido por los 28 ancianos que viven en el hogar de ancianos del municipio Cruces. La información se obtuvo con la aplicación de la Escala M.G.H. se aplicaron formas estadísticas donde de forma general los ancianos perciben baja calidad de vida independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de escolaridad). La dimensión de resultados más bajos fue la satisfacción por la vida. El 82

% de los adultos mayores perciben una baja calidad de vida en relación con la misma, seguida por la dimensión socioeconómica, (Corugedo et al., 2014).

En el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 establece en el objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la población”, por medio de fortalecimiento de políticas buscando condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad. Dentro del ámbito de la salud, se busca mejorar la calidad de vida de la población mediante la universalización de los derechos que garanticen el acceso equitativo de la población a los servicios de salud con atención de la calidad y calidez.

El Ecuador se encuentra en la etapa plena y acelerada de envejecimiento poblacional, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC 2010, en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la región de la serranía siendo 596.429; seguido de la costa con 589.431.

La población del adulto mayor, en función de grupos de edades, se halla distribuido así: de 65 a 69 años, se tiene un 17,8%; de 70 a 74 años un 13.2%; de 75 a 79 años un 9.2%; de 80 a 84 años un 6.6%; de 85 a 89 años un 3.6%; de 90 a 94 años un 1.6%; de 95 a 99 años un 0.5% y de 100 años y más un 0.1%, (INEC, 2010).

A nivel local, Loja es la segunda provincia después de Bolívar que posee la mayor cantidad de adultos mayores, con el 9,2%, y en Loja se considera, que tres de cada diez adultos mayores se encuentra en indigencia y abandono, (INEC, 2010).

La presente investigación se realizará durante el periodo de septiembre a marzo del 2016 en donde se aplicara la variable dependiente con los adultos mayores en asilo de ancianos “Hogar Daniel Álvarez Sánchez” de la Ciudad de Loja, ubicado en la Calle Agustín Carrión Palacios S/N Barrio Jipiro, Parroquia el Valle.

El tema a investigar es factible ya que se coordinó con la directora del centro Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” y permitió realizar la presente investigación mediante la colaboración de los adultos mayores asilados.

De acuerdo a la problemática y evidencias científicas se procede a plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida en los adultos mayores asilados en el Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” de Loja?

c. JUSTIFICACIÓN

El cambio demográfico mundial produce un impacto en la salud pública; al existir un incremento en el índice de envejecimiento, la atención de salud dirigida al adulto mayor deberá enfocarse primordialmente en el cuidar y prevenir que en el curar.

La atención del adulto mayor requiere una valoración integral basada en aspectos biológicos, funcionalidad, actividades de la vida diaria, dinámica familiar, social, estado emocional y psicológico; el equipo de salud debe trabajar conjuntamente para identificar y evaluar no solo los problemas habituales del área biológica, sino también aspectos y factores de riesgo que en ocasiones se ignoran, y que sin duda afecta la calidad de vida del adulto mayor.

El término adulto mayor es utilizado para referirse a las personas que se encuentran en edades comprendidas de 65 años en adelante, en este asilo existe un gran número de individuos que tienen la tercera edad, aislados por su familia, muchos de ellos sufren a diario por el abandono de su familia y la soledad.

A nivel local, Loja es la segunda provincia después de Bolívar que posee la mayor cantidad de adultos mayores, con el 9,2%, y en Loja se considera, que tres de cada diez adultos mayores se encuentra en indigencia y abandono, (INEC Censo Poblacional y Vivienda 2010).

En el centro Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” es un centro de acogida que brida atención integral al adulto mayor de bajos recursos que han sido abandonados por sus familiares, teniendo derechos a tener una calidad de vida adecuada hasta los últimos días de sus vidas por lo que el centro brinda su atención para aquellos que lo requieren mediante el personal que labora en esta institución.

Económicamente los adultos mayores de este centro hogar reciben la ayuda de personas que realizan labor social, también colaboran algunos representantes de los ancianos internos, y la colaboración del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

Durante la estadía del adulto mayor en el nivel biológico, social y psicológico, suele ir deteriorándose con el paso del tiempo, por lo que su calidad de vida disminuye asociándose a las distintas patologías propias del adulto mayor.

Esta investigación es viable, ya que se cuenta con el apoyo de la institución donde se realizará el estudio.

Esta investigación se realizará con el fin de determinar la calidad de vida que presentan los Adultos Mayores asilados en el Hogar Daniel Álvarez Sánchez y conocer sus necesidades básicas en relación a su nivel de dependencia por lo que se pretende identificar sus carencias biológicas, sociales y psicológicas con el fin de promover capacitaciones del personal que labora en dicha institución para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

d. OBJETIVOS:

GENERAL

- Determinar la calidad de vida de los adultos mayores asilados en el Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” de Loja.

ESPECIFICOS

- Valorar el nivel de bienestar emocional de los adultos mayores asilados en el Hogar Daniel Álvarez Sánchez, mediante la escala de (FUMAT).
- Valorar el nivel de relaciones interpersonales de los adultos mayores asilados en el Hogar Daniel Álvarez Sánchez, mediante la escala de (FUMAT).
- Valorar el nivel de desarrollo personal de los adultos mayores asilados en el Hogar Daniel Álvarez Sánchez, mediante la escala de (FUMAT).
- Valorar el nivel de bienestar físico de los adultos mayores asilados en el Hogar Daniel Álvarez Sánchez, mediante la escala de (FUMAT).

e. MARCO TEORICO

ENVEJECIMIENTO

Definición de envejecimiento

La vejez es considerada por muchos una de las etapas más difíciles de la vida, trae consigo múltiples transformaciones en cada dimensión del ser humano; el anciano requiere adaptarse a estos cambios y vivirlos de la mejor manera, saludablemente, para asegurar que este proceso sea agradable. Definir el proceso de envejecimiento no es sencillo, existen variadas opiniones respecto a este término. La mayoría de autores concuerdan que es un proceso inevitable, que trae cambios y deterioro. Es así, que podemos considerar el envejecimiento como un "proceso continuo, universal e irreversible, heterogéneo que implica cambios a nivel celular, funcional, tisular y orgánico". (Torres, 1996).

Por otro lado Kirkwood (1996) lo define como "deterioro progresivo y generalizado de las funciones, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad." A diferencia de las anteriores afirmaciones, la OMS (2001), hace una distinción entre el envejecimiento como proceso y el proceso del envejecimiento, el primero es conocido como el envejecimiento normal, el cual representa lo cambios biológicos que la edad trae consigo sin influencia de las enfermedades o el entorno, contrariamente el proceso del envejecimiento está influenciando por el entorno, estilo de vida y las enfermedades; elementos que eran considerados como consecuencia del envejecimiento normal , ahora son factores relacionados con el envejecimiento. En el año 2002 la OMS, introdujo un nuevo término, el envejecimiento activo, definido como el "proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que

las personas envejecen.” (Zamarrón, 2007); Además del envejecimiento individual existe un envejecimiento de la población que va en aumento.

Transición demográfica-envejecimiento

El envejecimiento demográfico ha sido considerado como uno de los mayores triunfos en la prestación de servicios de salud, en el desarrollo de la sociedad y economía; pero también se ha constituido como un reto y una situación que amerita intervenciones y soluciones que permitan que este cambio sea favorable. Al envejecimiento poblacional lo podemos definir como:

El aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (una cúspide más ancha que su base). (Chesnais, 1990) Esta transición demográfica actual estipula que la disminución en la tasa de fecundidad y mortalidad se relaciona con un incremento sistemático en la expectativa de vida, que a su vez es producto de mejoras en las condiciones de vida, sistemas de salud y avances en la tecnología. (MIES, 2010) La fecundidad es la variable más influyente en el cambio demográfico; según datos del INEC la tasa global de fecundidad en nuestro país, disminuyó de 6,3 hijos por mujer desde el año1960 a 2,7 en el año 2010. De la misma forma la baja mortalidad es otro factor que se relaciona con el envejecimiento de la población.

En 1.995 la tasa de mortalidad general fue de 4,46, este valor se incrementa en el 2000 a 4,59 y presenta variaciones de 4,26 en 2007 y 4,35 en 2008. Con respecto a la esperanza de vida al nacer; en el periodo de 1965-1970 era de 57.4 años, en el 2010 75 años y se pronostica para el 2050 un promedio de 80,5 años. (MSP, 2010)

Definición de adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el acuerdo de Kiev en 1979, definió a los adultos mayores como aquellas "personas mayores de 60 años que viven en países en vías de desarrollo y de más de 65, si viven en países desarrollados" (Chávez, 2007).En nuestro país la persona mayor de 65 años, es considerada como adulto mayor.

Tomando en consideración la definición anterior, los adultos mayores son subdivididos en las siguientes categorías:

Tercera edad: 60 – 74 años

Cuarta edad: 75 – 89 años

Longevos: 90 – 99 años

Centenarios: Más de 100 años, (Fonf, 2002)

Características sociodemográficas del adulto mayor

Las principales características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores son las siguientes:

En referencia al género, la vida más prolongada de las mujeres y la tasa de mortalidad mayor en los hombres, marca la tendencia hacia una mayor representatividad de las mujeres en las edades avanzadas. La condición socioeconómica de la mujer de edad (generalmente viuda o con ausencia de pareja) afectada por la inequidad de género a lo largo de toda la vida, la lleva a condiciones de pobreza. (Madariaga, 2001)

Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (MIES, 2010), 9 de cada 10 adultos mayores viven con alguna persona que los acompaña y 1 de cada 2 son cuidados por sus hijos. En cuanto a la actividad laboral; aproximadamente la mitad de la población adulta mayor no trabaja y de este grupo 7 de cada 10 tiene nivel de instrucción primaria. La razón por la que no trabajan es la salud, siendo la justificación para 5 de cada 10 adultos mayores.

CALIDAD DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud (2010) define a calidad de vida como la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con los cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad. Al hablar de calidad de vida nos estamos refiriendo a las percepciones del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con múltiples indicadores físicos, psicológicos y sociales.

Valoración de la calidad de vida. Para evaluar la calidad de vida es necesario considerar las apreciaciones y valoraciones de los adultos mayores en relación a sus relaciones familiares, amistades y redes de apoyo social y laboral. Hay varios instrumentos para valorar la calidad de vida, entre estos tenemos la Escala de FUMAT

Las dimensiones de la Calidad de vida son cuatro: **bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico.**

Bienestar emocional, es el estado de equilibrio entre las emociones, sentimientos y deseos, sé evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, auto concepto (incapacidad e inseguridad), ausencia de estrés y ansiedad (problemas de comportamiento, incapacidad e intranquilidad), sentimientos negativos, relación de pareja, estabilidad emocional, Schalock y Verdugo 2009

Relaciones Interpersonales, son necesidades básicas para los adultos, sus indicadores: Relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, manifiesta sentirse querido, conservando una buena relación con los compañeros de servicio, Schalock y Verdugo 2009.

Desarrollo personal, es el conjunto de técnicas motivacionales que implica autoconocimiento de los adultos mayores, sus indicadores: actividades que le permitan realizar cosas nuevas y adquirir habilidades, flexibilidad mental y autocuidado, Schalock y Verdugo 2009.

Bienestar físico, es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio, sus indicadores, atención sanitaria, memoria, problemas para recordar información importante, movilidad, visión, audición, sueño, dispone de ayudas técnicas si las necesita, actividades de la vida diaria (problemas de continencia, se muestra limpio y aseado), salud general (su salud le impide salir a la calle), Schalock y Verdugo 2009

Percentil	Nivel
95 - 80	Alto
79 - 60	Medio
59	Bajo

Fuente: Índice de Calidad de Vida.

ASILO

La falta de atención y afecto de la familia hacia el adulto mayor es una problemática social que está latente en todo el mundo y en todas las clases sociales. Estos aspectos se evidencian en los adultos mayores de la casa hogar "Daniel Álvarez Sánchez" debido a su avanzada edad han sido aislados y abandonados por su grupo familiar por razones como; no producen económicamente para la familia a la que pertenecen, se vuelven dependientes del cuidado de sus seres queridos, entre otros, situación que se torna en una carga familiar provocando el quiebre de interacciones, comunicación y afectividad hacia el adulto mayor, ante estos inconvenientes la familia toma como alternativa internarlos y a su vez abandonarlos en centros de acogida, donde reciben atención y cuidados; sin embargo en este espacio el anciano no hallara una sustentación emocional sólida para llevar a cabo esta etapa de su vida y podría reflejar malestares como; tristeza, angustia, soledad, ansiedad e impotencia al ser despojados del seno del hogar.

Gilberto Sánchez, define que "la falta de amor viene de los seres queridos, ahora los ancianos sufren situaciones difíciles a nivel sociedad y familia. Tal parece que es el problema más grande, los familiares son a veces quien más los abandonan y los dejan solos"

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CASA HOGAR DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ.

ORIGEN DE LA INSTITUCIÓN

El 28 de mayo de 1936 se inaugura el Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez", bajo la gestión de las Hnas. Dominicas de la Inmaculada concepción, que la

administran hasta el día de hoy. (Antecedentes históricos de la casa hogar Daniel Álvarez Sánchez).

El Sr. Daniel Álvarez Sánchez, prestó importantes servicios en la administración de la ciudad como gobernador, legislador y otros cargos. En julio de 1980 por decisión de la junta administrativa de la fundación Álvarez, el hogar se trasladó a Jipiro, donde actualmente sigue funcionando.

HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN

La fundación Álvarez, don Daniel Álvarez Burneo nació en Loja en 1878 y murió el 6 de agosto de 1936, fue hijo de don Daniel Álvarez Sánchez y de la Sra. Amalia Burneo, fue propietario de grandes haciendas. En la cláusula XV de su testamento dice "dejo el remanente de mis bienes al Consejo Cantonal de Loja para que lo invierta en la fundación de uno o más establecimientos de beneficencia a favor del pueblo urbano o rural".

En el Artículo 9 de la ley del 30 de agosto de 1944 por la que se crea y organiza la junta central de obras filantrópicas de Loja, tiene a su cargo, entre otras, a la fundación Álvarez, fue el decreto Nº 680 del 30 de agosto de 1944 firmado por el Sr. Dr. José María Velasco Ibarra por la que se crea legalmente esta Institución. La fundación Álvarez es una organización de ayuda social, mediante la eficiente organización dirección y administración transparente del remanente de la herencia de don Daniel, dando servicio a la sociedad más necesitada de la región sur del país.

MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El hogar de ancianos “Daniel Álvarez Sánchez ‘” brinda apoyo integral a los adultos mayores que permita una vida digna y bienestar en todas las dimensiones del ser humano.

VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Seremos una institución líder en el apoyo y el cuidado de los adultos mayores de mayor vulnerabilidad, pobreza y abandono social.

f. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

De acuerdo al período y secuencia de trabajo es un estudio cuali-cuantitativa de tipo transversal y descriptivo, que se fundamenta en la narración de los procedimientos, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas.

Área de estudio

El Asilo "Daniel Alvares Sánchez", ubicado en Ciudad de Loja. El Asilo está situado en las calles en la Calle Agustín Carrión Palacios S/N Barrio Jipiro, Parroquia el Valle.

Esta edificación consta de dos plantas, parte superior tiene los dormitorios de mujeres con baños internos y externos, también está ubicado la dirección, los cuartos para rehabilitación, psicología, medicina, enfermería, terapia y un pasillo largo para el descanso de las personas adultas mayores, tiene escaleras, el personal que los cuida adquiere un dormitorio en la planta baja en donde está ubicado los dormitorios de los hombres con su respectivo baño, de igual manera tiene un pasillo largo para los adultos mayores en donde reciben sus visitas , lavandera, una capilla, cocina y comedor, protegido por cerramiento alrededor de la construcción.

De la población residente en este Asilo, algunas personas adultas mayores son abandonadas por sus seres queridos, o porque en sus hogares no existe espacio para ellos, o si lo hay, resultan ser un estorbo para sus familias, siendo más cómodo, internarlos por los cuidados que les brindan el personal de acopio, pues se supone que estarán mejor atendidos.

Universo y muestra

Población: Adultos mayores que se encuentran asilados en el Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" de Loja, 21 hombres y 29 mujeres.

Muestra: Para la presente investigación se considerara como muestra general a los 50 adultos mayores aproximadamente asilados en el Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" , durante el periodo septiembre- 2016 a marzo- 2017.

Criterio de inclusión:

- Adultos mayores que residen en el Asilo "Daniel Alvares Sánchez" de la Ciudad de Loja que participaran en la investigación.

- Adultos mayores de ambos sexos, previo consentimiento informado que participaran en este estudio.

Criterio de exclusión:

- Los usuarios que se niegan a participar en la investigación.

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

Escala de calidad de vida de FUMAT, evalúa las necesidades y dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor.

TÉCNICA: Los adultos mayores que son beneficiarios del servicio social se aplica un cuestionario de 28 ítems que corresponden a 4 dimensiones, cada dimensión contiene de 6 a 8 preguntas, el tiempo de cumplimiento es de 20 minutos aproximadamente sumando el tiempo de lectura de este sondeo donde se facilita toda la información necesaria. Para obtener el índice de calidad de vida se procede de la siguiente manera; en

cada dimensión se suman las respuestas (1, 2, 3,4) de cada uno de los parámetros que lo componen, ("siempre o casi siempre", "frecuentemente", "algunas veces", "nunca o casi nunca"), luego de obtener el total de los parámetros de cada dimensión se procede a sacar la media (dividido para los cuatro parámetros) de cada dimensión, el total de este valor se convierte en el índice de calidad de vida.

Una vez terminada la aplicación de la escala y comprobado que no se ha dejado ninguna cuestión en blanco, el informador debe puntuar e interpretar los resultados de las dimensiones de la calidad de vida (Anexo Nº 3), el material que se utilizó es un cuadernillo y lápiz.

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	**4**	**3**	**2**	**1**
Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	**4**	**3**	**2**	**1**
Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	**1**	**2**	**3**	**4**
Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	**4**	**3**	**2**	**1**
Disfruta de todos sus derechos legales	**4**	**3**	**2**	**1**

FUENTE: Test de calidad de vida de FUMAT

Parámetros	Valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre			
Frecuentemente			
Algunas veces			
Nunca o casi nuca			
Total			

Percentil	Nivel
95 - 80	Alto
79 - 60	Medio
59	Bajo

Fuente: Índice de Calidad de Vida.

Procedimiento para recolección de la información

Solicitar la autorización de la institución en donde se llevará a cabo el estudio para poder intervenir en la toma de recolección de datos, por lo que se ha considerado trabajar mediante el documento de consentimiento informado (anexo 1) es un documento informativo en donde invita a las personas a participar en una investigación, permitiendo que la información sea recolectada durante el estudio dando así la utilidad de elaboración de análisis y comunicación de los resultados.

Plan de tabulaciones: La información que se recolectara a través del instrumento, será analizada y posteriormente tabulada.

Aspectos éticos de la investigación:

Se protegerá y se respetara la privacidad de los adultos mayores, en respecto a la información que lo identificara a cada individuo debido que el tipo de información es considerada sin riesgo alguno ya que emplea un método

documental al ser una encuesta (cuestionario) de donde se obtiene información sin modificación intencionada en las variables del estudio.

Se contará con el consentimiento informado (anexo 1) por los Adultos Mayores de la Institución, ya que se ajusta a los principios éticos que ahí se mencionan tras proporcionar una explicación clara y completa respeto a la justificación y objetivos de la investigación y dar la libertad de retirarse en el momento.

g. CRONOGRAMA

El tiempo que se empleará la duración del estudio en particular para la recolección de datos y evaluar el tiempo previsto se desarrolla en el siguiente cronograma:

FECHA ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE 2016	OCTUBRE 2016	NOVIEMBRE 2016	DICIEMBRE 2016	ENERO 2017	FEBRERO 2017	MARZO 2017
CONSTRUCCION DEL PROYECTO							
APROBACION DEL PROYECTO Y DESIGNACION DE DIRECTOR DE PROYECTO							
CONSTRUCCION DEL MARCO TEORICO							
RECOLECCION DE INFORMACION							
TABULACION Y ANALISIS DE DATOS							
ELABORACION DEL PRIMER BORRADOR DEL PROYECTO							
ELABORACION DEL SEGUNDO BORRADOR DEL PROYECTO							
ELABORACION DEL TERCER BORRADOR DEL PROYECTO							
ENTREGA DEL INFORME FINAL DEL PROYETO							

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Recursos	Humanos	Materiales	Técnicas	Financieras
Elaboración y ejecución del proyecto	Investigador	-Computadora -Papel -Impresora y tinta	Programa Word	1000
Recolección de datos	-Investigador -Profesionales de enfermería	Instrumentos de recolección de datos		200
Tabulación y análisis de datos	Investigador		Programa Excel	300
Elaboración del primer borrador	Investigador	-Papel -Tinta para impresora	-Programa Word y Excel	500
Elaboración del segundo borrador	Investigador	-Papel -Tinta para impresora	-Programa Word y Excel	400
Elaboración del tercer borrador	Investigador	-Papel -Tinta para impresora	-Programa Word y Excel	300
Elaboración del informe final del proyecto	Investigador	-Papel -Tinta para impresora	-Programa Word y Excel	500
TOTAL:				3200

i. BIBLIOGRAFIA

Aguila R. (2012). Promoción de Estilos de Vida Saludables y Prevención de Enfermedades Crónicas en el Adulto Mayor, Organización Panamericana de la Salud, Chile. Retrieved from

Barrero, C., García, S., & Ojeda, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast & Rest Neurol, 4(1), 1-6. Retrieved from http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2l.pdf

CEPAL. (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez (pp. 56-84). Chile. Retrieved from http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/LCw113.pdf

CEPAL. (2012) (pp. 13-18). Retrieved from http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/vejez/cap1.pdf

Consejo Nacional de Población. (2006). México. Retrieved from http://es.slideshare.net/Powerman5000/e-envejecimiento-demografia-y-epidemiologia.

Cuestionario de Salud SF-36 (pp. 1-4). Mexico. Retrieved from http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/CuestionarioSalud.pdf

Doris, S. C. M. (2013). Adultos mayores, *2da Edició*, 96. Retrieved from http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf.

ESCALAS DE VALORACIÓN. (2016) (1st ed., pp. 15-22). Retrieved from http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_

España, M. (2015). El proceso de Envejecimiento y los Cambios Biológicos Psicológicos y Sociales, 38. Retrieved from www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf.

García, L. (2015). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor hospitalizado, en el hospital de atención integral del adulto mayor, agosto. Pontificia

Universidad Católica Del Ecuador. (pp. 32-48). Quito. Retrieved from http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7712/DISERTACION%20LISETH%20GARCIA.pdf?sequence=1

Gobierno Federal. (2016) (pp. 12-18). Mexico. Retrieved from http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/091_GPC_Displasiacaderaped/SSA_091_08_GRR.pdf

Guías de Programas para Adultos Mayores (1st ed., pp. 65-76). Retrieved from http://www2.fiu.edu/~coa/downloads/healthy/guias.pdf

http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111.

Luz, M. (2009, October). Autoestima del Adulto Mayor. Retrieved from http://factoresdelautoestima.blogspot.com/.

Martinez, L. (2006). Tema 7: Cambios Estructurales y Funcionales del Envejecimiento Fisiológico, 1–9. Retrieved from http://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad2/7/tema7.

MIES. (2010). Modelo de Gestión (pp. 10-15). Quito.

Ministerio de Salud Pùblica,. (2015). Prevención de ulceras por presión. (pp. 12-18). Quito.

MSP. (2010). Instrumento: Escalas Geriátricas.

MSP. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI). *Ministerio de Salud Pública Del Ecuador*, 64 – 72. http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004.

Novelo. N, MSP. (2006). Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey Nuevo León, Edición Especial, México. Retrieved from http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm.

Organizacion Panamericana de la Salud. (2011). *La Salud de los Adultos Mayores.* (Segunda edición).Pdf.

Schalock, R. & Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual, 38(4), 21-36. Retrieved from http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/224_articulos2.pdf

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades. (2013). Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017.pdf. *SENPLADES-Ecuador*.

Sollazzo, A., & Savio, I. (2011). Guía de Cuidados de Salud Para Adultos Mayores, 1–30.

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med, 68(3), 1-7. Retrieved from http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v68n3/pdf/a12v68n3.pdf.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMENA

CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO 1

PROYECTO: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA.

Nº -----

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Loja__de_____del 201-

Yo _____portador de la cedula de identidad N°_____ firmando abajo y habiendo recibido todas las informaciones en relación con la utilización y destino de la información obtenida para el proyecto de investigación titulado: **Calidad de Vida del Adulto Mayor Asilado en el Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" de Loja"**
Consciente y conocedor de mis derechos abajo relacionados ESTOY DE ACUERDO en participar de la mencionada investigación.

- Se le garantiza a la participante recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda de los objetos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la cual está participando.
- Se le asegura plenamente que no será identificado y que se mantendrá el carácter confidencial de la información relacionado con sus declaraciones sin que estas ocasionen algún perjuicio en su vida personal.

Tengo conocimiento de lo expuesto anteriormente y deseo participar de manera voluntaria en el desarrollo de esta investigación.

……. ……
Firma de la participante Firma del investigado

ANEXOS 2: OPERACIÓN DE VARIABLES

PROYECTO: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO EN EL HOGAR "DANIEL ALVAREZ SANCHEZ" DE LOJA.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Variable Independiente: Adulto Mayor	Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.	Edad cronológica	Tiempo de vida en años cumplidos	65-71 ☐
				72 y mas ☐
		Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra	Soltero ☐
				Casado ☐
				Unión libre ☐
				Viudo ☐
		Grado de Instrucción	Grado de estudios realizados	Primaria ☐
				Secundaria ☐
				Sin educación ☐
Variable dependiente: Calidad de Vida.	La salud, entendida en sentido amplio, como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo	Bienestar Emocional	satisfacción	Siempre o casi siempre ☐
			Sentimientos	Frecuentemente ☐
			Estabilidad	Algunas veces ☐
				Nunca o casi nunca ☐
		Relaciones Interpersonales	Sociales	Siempre o casi siempre ☐
			Familiares	Frecuentemente ☐
			pareja	Algunas veces ☐
				Nunca o casi nunca ☐
		Desarrollo Personal	Educación	Siempre o casi siempre ☐
			Actividad de la vida diaria	Frecuentemente ☐
			Conducta adaptativa	Algunas veces ☐
				Nunca o casi nunca ☐
		Bienestar Físico	Atención sanitaria	Siempre o casi siempre ☐
			Consecuencia de la salud	Frecuentemente ☐
			Salud general	Algunas veces ☐
				Nunca o casi nunca ☐

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 3: TEST DE CALIDAD DE VIDA DE FUMAT (2009).

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombres y Apellidos:……
Cuando Nació: Día: …. Mes:…… Año:…….
Qué estudios tiene: Primaria:…….Secundaria:……..Universitaria:…….Ninguno:……..
Cuál es actualmente su estado civil:
Casado:……Viudo:……Divorciado:……Separado: ……Soltero:……
Fecha de entrevista…….
A continuación se procede a dar lectura a las diferentes interrogantes con la finalidad de que el adulto mayor conteste de acuerdo a su preferencia.

TEST DE CALIDAD DE VIDA DE FUMAT

BIENESTAR EMOCIONAL

ITEMS	**Siempre o Casi Siempre**	**Frecuente mente**	**Algunas Veces**	**Nunca o Casi nunca**
En general se muestra satisfecha con su vida presente	4	3	2	1
Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	1	2	3	4

RELACIONES INTERPERSONALES

ITEMS	**Siempre o Casi Siempre**	**Frecuente mente**	**Algunas Veces**	**Nunca o Casi**
Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
Mantiene una buena relación con los profesionales de servicio al que acude	4	3	2	1
Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes.	4	3	2	1

DESARROLLO PERSONAL

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
Puede leer información básica para la vida cotidiana	4	3	2	1
Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas	1	2	3	4
Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
En el servicio al que acude le proporcionan información	4	3	2	1
Muestra dificultades para manejar conceptos matemático	1	2	3	4
Tiene dificultades para comprender la información	1	2	3	4
Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.	1	2	3	4

BIENESTAR FÍSICO.

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombre).	1	2	3	4
Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4

PUNTAJE DE CALIFICACION:

Para obtener el índice de calidad de vida se procede de la siguiente manera; en cada dimensión se suman las respuestas (1, 2, 3,4) de cada uno de los parámetros que lo componen, (“siempre o casi siempre”, “frecuentemente”, “algunas veces”, “nunca o casi nunca”), luego de obtener el total de los parámetros de cada dimensión se procede a sacar la media (dividido para los cuatro parámetros) de cada dimensión, el total de este valor se convierte en el índice de calidad de vida

CALIDAD DE VIDA

Parámetros	valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre			
Frecuentemente			
Algunas veces			
Nunca o casi nuca			
Total			

PERCENTIL

Percentil	Nivel
95 - 80	Alto
79 - 60	Medio
59	Bajo