



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y  
EDUCACIÓN ESPECIAL**

**TÍTULO**

**INCIDENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PRESENCIA  
DE ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO  
DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR “LOS ARUPOS”.  
PERÍODO MAYO-DICIEMBRE 2013.**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN  
ESPECIAL.

**AUTORA**

**TATIANA LIZBETH CAPA JIMÉNEZ**

**DIRECTOR**

**DR. MIGUEL A. GONZÁLEZ SARMIENTO MG. SC.**

**1859**  
**LOJA – ECUADOR**

**2014**

## CERTIFICACIÓN

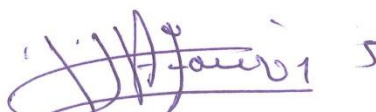
Miguel González

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL**

### **CERTIFICA:**

Que el trabajo de investigación denominado: **LA CALIDAD DE VIDA Y SU INCIDENCIA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR “LOS ARUPOS”. PERIODO MAYO-DICIEMBRE 2013.**, de la autoría de Tatiana Lizbeth Capa Jiménez, ha sido asesorado y monitoreado permanentemente con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del proyecto de tesis; así como, haber revisado oportunamente los informes de avance de la investigación, devolviéndose con las observaciones y recomendaciones necesarias, para asegurar la calidad de la misma; consecuentemente por ello, se autoriza su presentación, para la sustentación, calificación y defensa privada o reservada; así como, la entrega oficial para la pública.

Loja, julio del 2014



Mg. Sc. Miguel González  
**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Tatiana Lizbeth Capa Jiménez, 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.

**Autora:** Tatiana Lizbeth Capa Jiménez

**Firma:** ..........

**Cédula:** 1105604852

**Fecha:** 04 de julio de 2014.

## **CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, Tatiana Lizbeth Capa Jiménez declaro ser autora de la tesis titulada: **INCIDENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR “LOS ARUPOS”. PERÍODO MAYO-DICIEMBRE 2013**, como requisito para optar al grado de licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial, 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 la 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 del 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 04 días de mes de marzo del 2014, firma la autora:

**Firma:** .....

**Autora:** Tatiana Lizbeth Capa Jiménez

**Cédula:** 1105604852

**Dirección:** Loja

**Correo Electrónico:** tamy1892@hotmail.com

**Celular:** 0986720646

### **DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Director de Tesis:** Dr. Mg. Miguel González Sc.

**Tribunal de Grado:** Presidente: Dr. Mg. Oscar Cabrera Iñiguez. Sc.

Vocal: Dr. Mg. Amable Ayora Sc.

Vocal: Dra. Mg. Silvia Torres Díaz Sc.

## **AGRADECIMIENTO**

Los resultados de este trabajo, merece expresar un profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por haber sido mi escuela de formación profesional, al Área de la Educación, el Arte y la Comunicación y especialmente a los docentes de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, que con sus conocimientos y experiencias impartidas, han contribuido en mi formación personal y profesional. Agradezco de manera especial al Dr. Miguel González, Director de Tesis por ser mi guía durante este proceso, por brindarme su apoyo, y por creer en mí.

Agradezco al centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”, por brindar la apertura necesaria para el desarrollo del presente trabajo. A los funcionarios, adultos mayores, ya que fueron parte fundamental del proceso.

A mis padres, hermanos, esposo y mi querida hija, gracias por su apoyo incondicional, y a todos quienes han contribuido en la realización del presente trabajo de investigación.

**LA AUTORA**

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo fruto de mi esfuerzo y perseverancia, en primera instancia a Dios, a mis padres, suegros, mi amado compañero y a mi querida hija.

A Dios porque me acompaño en todo momento, guiándome y cuidándome; a mis padres quienes han velado por mí durante todo el camino, por su apoyo incondicional, a mi amado compañero por su apoyo moral, comprensión y a mi hija por ser el motor principal de mis ganas de superarme.

A mis suegros, por sus consejos y sus buenos deseos. A mis docentes, por sus conocimientos brindados durante mi formación profesional.

Y a las personas que de una u otra manera me apoyaron para la ejecución del presente trabajo y terminación de una meta.

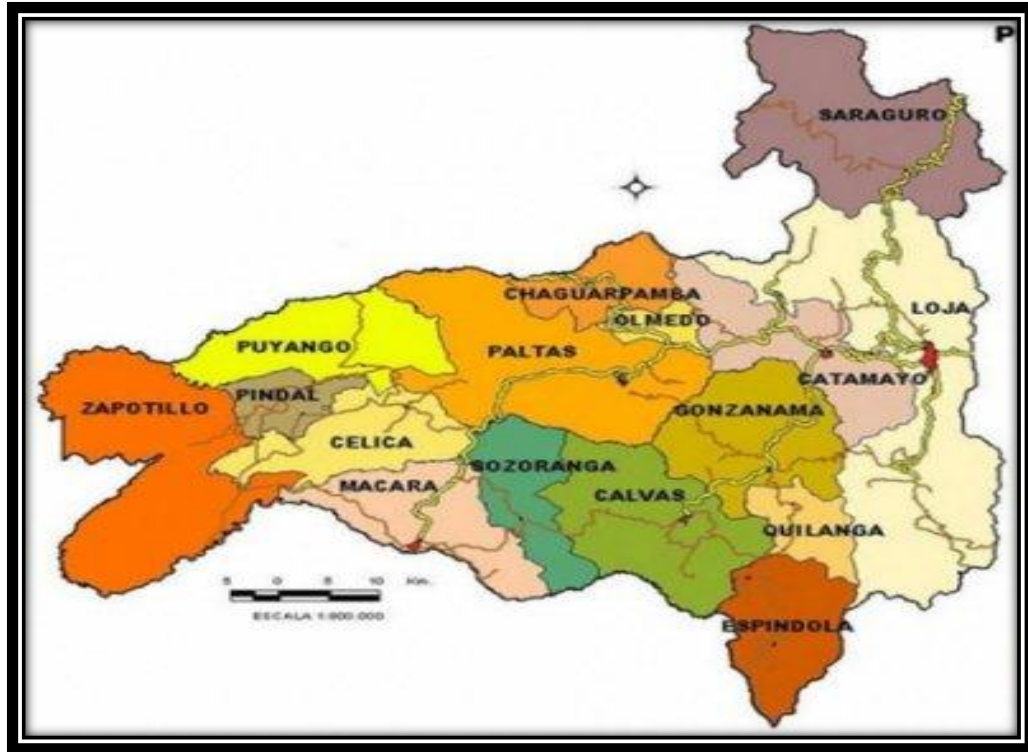
***TATIANA LIZBETH***

## ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN

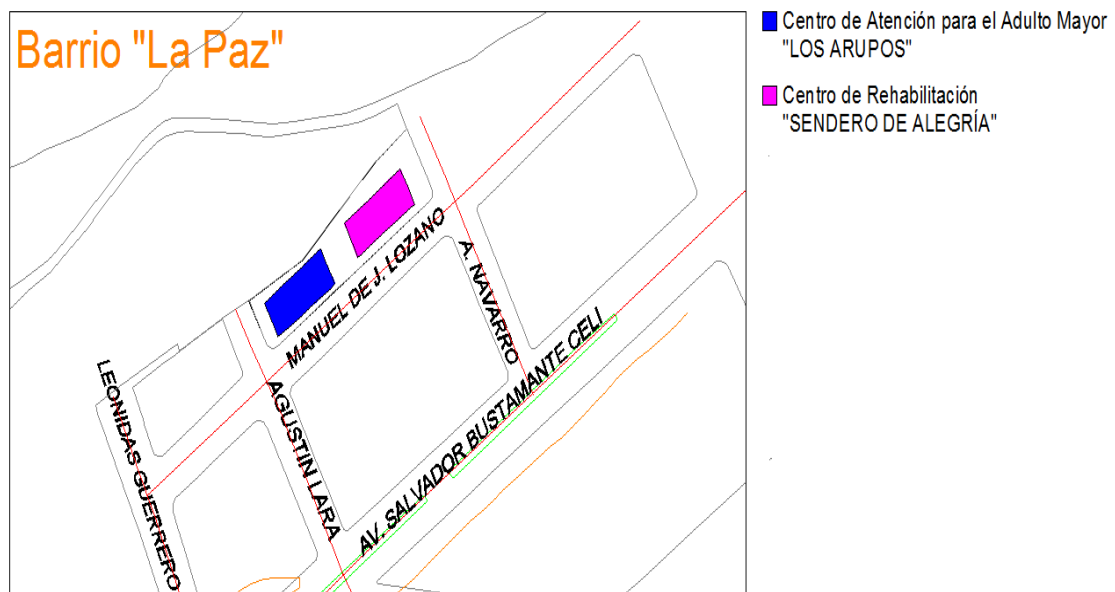
**BIBLIOTECA:** Área de la Educación, el Arte y la Comunicación

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR/ NOMBRE DEL DOCUMENTO			ÁMBITO GEOGRÁFICO						OTRAS DEGRADACIONES	NOTAS OBSERVACIONES
				NACIONAL	REGIONAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUÍA	BARRIOS COMUNIDAD		
TESIS	TATIANA LIZBETH CAPA JIMÉNEZ  LA INCIDENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR "LOS ARUPOS". PERIODO MAYO-DICIEMBRE 2013.	UNL	2013	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	EL VALLE	LA PAZ	CD	Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

## UBICACIÓN GEOGRÁFICA



## CROQUIS DEL CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR "LOS ARUPOS"





## ESQUEMA DE TESIS

- PORTADA
  - CERTIFICACIÓN
  - AUTORÍA
  - AGRADECIMIENTO
  - DEDICATORIA
  - ÁMBITO GEOGRÁFICO
  - UBICACIÓN GEOGRÁFICA
  - ESQUEMA DE TESIS
- 
- a. TÍTULO
  - b. RESUMEN
  - c. INTRODUCCIÓN
  - d. REVISIÓN DE LITERATURA
  - e. MATERIALES Y MÉTODOS
  - f. RESULTADOS
  - g. DISCUSIÓN
  - h. CONCLUSIONES
  - i. RECOMENDACIONES
  - j. BIBLIOGRAFÍA
  - k. ANEXOS

**a. TÍTULO**

INCIDENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR “LOS ARUPOS”. PERÍODO MAYO-DICIEMBRE 2013.

## **b. RESUMEN**

La investigación estuvo orientada a realizar un estudio de la INCIDENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR “LOS ARUPOS”. MAYO-DICIEMBRE 2013. Tuvo como objetivo general: Analizar cómo incide la calidad de vida en la presencia de enfermedades del adulto mayor del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”. Para llevar a cabo el presente estudio se utilizó una metodología basada en fases; y se utilizó instrumentos como: Encuesta, historia clínica (parámetro salud), índice de barthel (A.B.V.D) y escala de lawton y brody (A.I.V.D). Ésta metodología e instrumentos sirvieron para obtener los resultados del problema planteado.

Como producto de la investigación se obtuvo lo siguiente: la calidad de vida que presentan los adultos mayores del centro es mala; las enfermedades que presentan los adultos mayores con mayor incidencia son: 80% la enfermedad de hipertensión y en mínimo porcentaje la depresión con un 4%. Cabe anotar que hay adultos mayores que presentan más de una enfermedad; el grado de dependencia de las actividades de la vida diaria es el siguiente: actividades básicas de la vida diaria grado de dependencia grave con un 50%, en cambio en las actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D) el porcentaje de dependencia es de 90%.

En función de las conclusiones se plantea las siguientes recomendaciones: que los funcionarios del centro ayuden a los adultos mayores a tener una mejor interacción en todas las áreas de la vida. Que los adultos mayores tengan chequeos médicos permanentes y que reciban atención médica diaria. Y que se incremente la terapia recreativa y ocupacional.

## **SUMMARY**

The investigation was designed to conduct a study of the IMPACT QUALITY OF LIFE IN THE PRESENCE OF DISEASE IN ELDERLY CARE FACILITY FOR THE ELDERLY "THE ARUPOS". . PERIOD MAY-DECEMBER 2013 had as general objective: To analyze how this affects the quality of life in the presence of disease in the elderly care centre for the elderly "The Arupos". To carry out this study, a methodology based on phases was used; Survey, Medical History (health parameter) barthel index (ADL) and lawton and brody scale (IADL) and was used as instruments. This methodology and instruments were used to obtain the results of the problem.

As a result of the investigation the following was obtained: the quality of life that older adults exhibit center is bad; diseases that older adults have a higher incidence are: 80% disease and hypertension depression minimum rate at 4%. It should be noted that there are older people who have more than one disease; the dependence of the activities of daily living is as follows: basic activities of daily living severe degree of dependence with 50%, while in the instrumental activities of daily living (IADL) dependence is the percentage of 90 %.

Based on the findings the following recommendations are posed: what center officials help the elderly to have a better interaction in all areas of life. That older adults have permanent medical checkups and receive daily medical attention. And the recreational therapy and occupational increases.

### **c. INTRODUCCIÓN**

La salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos son los principales componentes de la calidad de vida, por lo que es importante conocer cómo es la calidad de vida en el adulto mayor ya que el envejecer despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo.

Es por tal razón que la presente investigación titulada “Incidencia de la calidad de vida en la presencia de enfermedades en los adultos mayores del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”. período mayo-diciembre 2013”. Se desarrolló en vista de conocer esta problemática. Para lo cual se planteó los siguientes objetivos específicos:

- Determinar la calidad de vida que tienen los adultos mayores del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.
- Establecer las enfermedades que padecen los adultos mayores del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”
- Precisar el grado de dependencia de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores del centro de atención “Los Arupos”.

La metodología que se ha utilizado es por fases: fase 1, formulación del problema de investigación; fase 2, exploratoria y fase 3, recolectar información. Pues siguiendo estas fases se pudo llegar a desarrollar la investigación junto con técnicas e instrumentos.

Para ello se trabajó con una muestra de 20 adultos mayores, y 5 funcionarios del centro “Los Arupos”, dando un total de 26 personas. Se utilizó la técnica de encuesta dirigida a funcionarios del centro e instrumentos: historia clínica (parámetro salud), índice de barthel (A.V.B) y escala de lawton y brody (A.V.I).

El estudio y contenido de la investigación está presentado de la siguiente manera:

Hojas preliminares donde se encuentran certificación, autoría, agradecimiento, dedicatoria, índice, resumen y su traducción al inglés, introducción.

La elaboración de la revisión de literatura se hizo mediante la recolección de información en libros y páginas de internet, está constituido por: definición de adulto mayor, situación y salud; referente a la calidad de vida, definición, sus áreas, y actividades de la vida diaria; y en lo relacionado a las enfermedades del adulto mayor, enfermedades físicas, problemas psicológicos y sociales.

Se expone también el análisis y discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones, anexos.

Como producto de la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

-La calidad de vida que presentan los adultos mayores del centro es mala, debido a que están afectadas las áreas: física, intelectual, emocional, familiar, social, económica y laboral.

-Las enfermedades que presentan los adultos mayores con mayor incidencia son: 80% la enfermedad de hipertensión y en mínimo porcentaje la depresión con un 4%. Cabe anotar que hay adultos mayores que presentan más de una enfermedad.

-El grado de dependencia de las actividades de la vida diaria es el siguiente: actividades básicas de la vida diaria (A.B.V.D) grado de dependencia grave con un 50%, en cambio en las actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D) el porcentaje de dependencia es de 90%.

Planteamiento de recomendaciones:

-Que los funcionarios del centro ayuden a los adultos mayores a tener una mejor interacción en todas las áreas de la vida: intelectual, física, social, familiar, espiritual, laboral, emocional y económica.

-Que los adultos mayores tengan chequeos médicos permanentes y que reciban atención médica diaria en el centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.

-Que se incremente a las actividades del centro, terapia recreativa y ocupacional, que abarque actividades funcionales, técnicas y sociales.

## **d. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **ADULTO MAYOR**

#### **DEFINICIONES**

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos. El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros a partir de los 65-70. Otros simplemente dicen que es una definición social.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. O sea que en Ecuador es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.

Si le preguntamos a una persona de 65 ó 70 años su definición de vejez, lo más seguro es que se definiría a sí mismo o tal vez a su cónyuge o alguna amistad. Si le preguntamos a alguien de entre 40 y 55 años, nos respondería pensando en sus padres.



Si le preguntamos a alguien entre los 15 y 30 años nos respondería pensando en sus abuelos y si le preguntamos a un niño, nos respondería pensando en sus abuelos o tal vez bisabuelos. La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia; es por eso que para alguien la vejez la puede describir como una etapa feliz y satisfactoria en la vida; pero tal vez alguien más, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimientos, etc.

Al adulto mayor se lo ve como una imagen de incapacidad, de soledad por estar en una etapa productiva terminada, no debería ser así ya que es fuente de conocimiento, de anécdotas, leyendas e historias. Más bien debemos contribuir a que el adulto mayor tenga un estilo de vida saludable.

El envejecimiento es un proceso dinámico y multifactorial que no se puede definir en términos cuantitativos. A lo largo de este proceso, los organismos comienzan a perder su capacidad de realizar ciertas funciones biológicas, incluso ante la ausencia de enfermedad. Cabe destacar que vejez no es sinónimo de enfermedad aunque si puede involucrar un mayor número de padecimientos (Ribera, Milán & Ruiz, 2006).

Seneca (1990), “tenía una opinión más equilibrada de la vejez, describiéndola como la edad avanzada llena de satisfacciones, señalando que la verdadera vejez no se relaciona con los años y sí con la sabiduría”. En cambio que Ortiz (2003) “menciona que la vejez es el último estadio en el proceso vital de un individuo”.

Padilla (2002), “manifiesta que esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios”.

Sí decimos que el envejecimiento es un proyecto de autorrealización que se va desarrollando durante toda la vida, se podría entonces decir que la vejez es la última etapa para concluir nuestro proyecto de vida.

“Hay que tomar en cuenta como factor importante que este proceso de envejecimiento se ve afectado por problemas de salud, dolor, angustia, soledad, pérdida de un valor social real, por lo que se hace indispensable crear alternativas para esta población; actividades en las que ocupen el tiempo libre, participando en acciones que la beneficie física, social, mental y espiritualmente” (Ballesteros, 1999, Pág, 2)

## **SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR**

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades. Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable.

“En la segunda mitad del siglo pasado, la población ecuatoriana mejoró su esperanza de vida, pues pasó de 48,3 años en 1950-55 a 75,6 años en 2010-15” (CEPAL, 2012). Esto permitió que muchos ecuatorianos aumentaran su calidad de vida y alcanzaran edades mayores.

El envejecer bien es el ideal de todos, pero una vejez positiva solamente puede ser el resultado de una vida enmarcada en los parámetros que encierra el bienestar social.

“En el Ecuador hay 14’483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores. La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres” (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010). En el área rural, 8 de cada 10 personas adultas mayores padecen de pobreza y extrema pobreza. La causa de esta situación expuesta es la dificultad que enfrentan los adultos mayores para generar ingresos monetarios, debido principalmente a que,

con el envejecimiento y a medida que aumenta la edad, la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa disminuye por no existir plazas laborales adecuadas a su condición.

“Según estudios realizados, únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo” (Encuesta ENEMDUR, 2003-2009). “Con respecto al total de adultos mayores que viven solos, la encuesta SABE (2009) revela que 132.365 ancianos viven en esa condición. De este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes, lo que evidencia poca responsabilidad de la familia por sus adultos mayores, a quienes consideran “poco útiles” y abandonan a su suerte”.

Una particularidad de nuestro país, que cobró fuerza con la crisis económica de 1999-2000 y el consecuente éxodo masivo de adultos jóvenes fuera del país o hacia otras regiones, es un importante número de personas adultas mayores que tienen en sus hogares y bajo su cuidado, a nietos con padres ausentes (probablemente emigrantes): 6% en 2001 y 5% en 2010.

Se estima que la población económicamente activa (PEA) de personas adultas mayores en el Ecuador permanece constante en los últimos años, mientras que la tasa de desempleo muestra una disminución importante.

“Para el año 2009, las características de ocupación de las personas adultas mayores indicaba que 56% de esta población obtenía ingresos económicos por cuenta propia, 25% refería estar en condiciones de asalariados, 7% en calidad de patronos, 10% realizaba oficios con familiares sin remuneración y 2,1% estaba en el servicio doméstico” (encuesta ENEMDUR, 2003-2009).

## **SALUD DEL ADULTO MAYOR**

La salud es considerada por la OMS, como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y la simple ausencia de enfermedades. La actividad física y el deporte, junto a los hábitos higiénicos y alimentarios son herramientas claves para combatir la vida sedentaria.

El problema ya no es sólo lograr que las personas vivan más años, sino darles la mejor calidad de vida a esos años. En esta etapa de la vida, las enfermedades crónicas pueden ser más frecuentes, imponer más limitaciones y requerir más cuidados.

“Algunos de los problemas más frecuentes que afectan la salud de los AM y que pueden ser abordados desde la psicología son:

-Reacciones de adaptación a los cambios y situaciones frecuentes en esta etapa: jubilación, reducción de los recursos económicos, viudez, disminución del liderazgo en el seno familiar, muerte.

-Aumento de las limitaciones impuestas por las enfermedades crónicas, adaptación a las rutinas personales cotidianas a las exigencias de los tratamientos de esas enfermedades.

-Disminución de las oportunidades de uso placentero del tiempo libre.

-Aislamiento social y disminución de la autoestima, estados depresivos” (Morales, Francisco. Edición Paidès. “Introducción a la psicología de la salud”. Pág. 179,180, 181, 183, 184,185)

## **SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR**

Casi todas las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental. No obstante, la educación, la cultura y la experiencia adquirida durante la vida constituyen una buena base para reentrenar o reaprender las habilidades que van disminuyendo.

Así también, la vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos. Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser el detonador de algún problema de salud mental.

Algunos de estos retos pueden ser:

-Vivir con una enfermedad crónico-degenerativa que obliga a modificar su independencia y formas de vida activa.

-La pérdida de la pareja, de algún amigo o de algún miembro de la familia.

-Aislamiento y soledad.

-Un escaso ingreso económico.

\*Modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.

Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de muchas maneras, por lo que en ocasiones es difícil reconocerlas. Se confunden con dolencias o enfermedades físicas. También pueden ser negadas por la familia y los amigos, o mal interpretadas como una parte normal del envejecimiento. A continuación veremos las manifestaciones de los diferentes problemas de salud mental que se pueden presentar en la persona adulta mayor.

El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose así mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, aún en la familia, ya no se diga en la sociedad. Por lo tanto sufren la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los lleva inclusive a la depresión.

En ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin las herramientas que le permiten su adaptación, tales como la motivación o refuerzos sociales. Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además de que siente que la sociedad no lo valora en la forma en que el adulto mayor considera que sería lo justo.

Por otra parte, encontramos que existen adultos mayores que son más intelectuales o permanecen mentalmente activos, los cuales son capaces de enfrentar su vejez con mayor serenidad que aquellos cuya vida carece de sentido. Es de ellos de quien se debe aprender.

## **CALIDAD DE VIDA**

### **DEFINICIONES**

“El concepto Calidad de vida no es nuevo, la aparición en 1974 de la publicación social Indicators Research, marcó un hito en el estudio científico de la calidad de vida. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus, y en palabra clave en sistema Medline, aunque realmente su uso llegó a ser popular entre los investigadores de la salud durante la década de los años 80 (García, 2005).

La OMS concibe la calidad de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales está en relación con sus objetivos y expectativas; patrones y preocupaciones. Desde que en 1987 la Organización Mundial de la Salud, definió la salud, no como la ausencia de enfermedades, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social (OMS, 1987), el estudio de la Calidad de vida como categoría esencial dentro de las ciencias de la salud, ha reclamado una especial atención. Por otro lado, se ha comprobado que la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación social. En este sentido se entiende 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 las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad (OMS, 2002).

La calidad de vida es definida como: "Percepción de un individuo de su posición en la vida, dentro de un contexto de la cultura y del sistema de valores en donde vive y, en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. Es un concepto de amplia gama, incorpora en forma compleja la salud física, estado psicológicos, nivel de independencia, relaciones sociales, personales, y creencias a los rasgos dominantes en su entorno" (Harper Power, 1998, p. 551-558).

Para Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002), la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del

ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Giusti (1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (Giusti, 1991).

Por otro lado, a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida, Levi y Anderson (1980) delimitan el concepto y señalan: “entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa”. Por tanto, es indudable que el concepto calidad de vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas.

Krzejmen (2001) sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”.

### **CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD**

El envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo (Velasco y Sinibaldi, 2001). Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.

Se puede entender la vejez –etapa final del proceso de envejecimiento como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo.

Por su parte, Lazarus (1998, 2000) “menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control”.

“Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la “fragilidad” física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población” (González-Celis, 2009b). Esta depresión es en gran medida propiciada también por la segregación discriminación de la que son objeto las personas de la tercera edad, debido a la óptica de cultura occidental en la que la valoración social se basa en la apariencia, capacidad física, competencia y productividad, cualidades que presentan relación inversa al paso de los años, generando así restricciones que disminuyen las posibilidades de mejoramiento de su calidad de vida.

La calidad de vida del adulto mayor se relaciona con su proceso vital autónomo, con el reconocimiento de su pasado y de la proyección de su futuro dentro de su propia historia de interacciones significativas con la participación del medio social, considerándose como un ser social. Se concreta que la calidad de vida del adulto



mayor resulta dependiente no sólo del componente biológico, sino también de las condiciones del medio ambiente y de su representación social que tiene en una sociedad (Krzemien, 2001: 3).

Una buena calidad de vida en el adulto mayor también es adquirida cuando éste forma parte de un grupo, lo cual constituye una fuente de relaciones interpersonales de carácter afectivo donde prima el respeto y se valora al adulto mayor; el grupo también le proporciona actividades de entretenimiento y expansión; el trabajo en conjunto potencia las energías para la realización de las actividades, pero también aporta un sentido de pertenencia y de solidaridad entre los adultos mayores; el grupo produce un sentido de pertenencia e identidad a sus participantes.

## **ÁREAS PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR**

### **Vida intelectual**

Lo intelectual es lo que diferencia al hombre de los demás seres vivos. Los seres humanos tenemos la capacidad de pensar, de formular conceptos y juicios y comunicarlos a través del lenguaje. Tenemos esta capacidad y cotidianamente la utilizamos.

Teniendo en cuenta que la recepción de información depende de los sentidos y que el procesamiento de la información tiene como soporte el Sistema Nervioso Central, una primera conclusión es que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. En definitiva, el ser humano mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con el más joven, sobre todo cuando las tareas que se le demandan requieren muchos recursos atencionales. No obstante, conviene también resaltar que esos cambios o declives en las primeras fases del procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida.

Uno de los principales cambios cognitivos durante la edad adulta avanzada está relacionado con la disminución en la velocidad del desempeño (tanto mental como físico). Los estudios plantean que las funciones intelectuales que dependen de dicha

velocidad declinan en los ancianos: tienen mayores tiempos de reacción, capacidades más lentas de procesamiento de las percepciones y en general procesos cognitivos menos rápidos. Esto puede deberse a que los adultos avanzados parecen apreciar más la precisión que los jóvenes.

En los adultos avanzados, otro aspecto que ha sido arduamente estudiado es el relacionado con el desempeño a nivel de la memoria. No cabe duda de que el procesamiento de información lleva consigo el aprendizaje, la retención o la memoria de esa información. Tras el examen de los distintos tipos de aprendizaje, los autores ponen de relieve que, además de requerir un mayor número de ensayos de aprendizaje y mayores tiempos de ejecución, las personas mayores (en comparación con las más jóvenes) tienen una amplia capacidad de aprendizaje.

Un alto porcentaje de personas mayores afirman tener fallos en el recuerdo de nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer, si han apagado el gas y otros muchos eventos de la vida cotidiana. Tan solo la memoria de trabajo (también llamada operativa y la memoria episódica sufren cambios negativos asociados a la edad.

### **Vida emocional**

La emoción puede ser entendida como un estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos (Orbis, 1985).

Cuando vemos a los adultos mayores de hoy nos damos cuenta lo lejos que están de aquellas concepciones estereotipadas sobre la inactividad y la tristeza. Es muy común ver a personas mayores saludables y activas, llevando a cabo alguno de los pasatiempos que no habían tenido tiempo para realizar o disfrutando de sus pasiones de antaño, abundan las personas mayores con estados de ánimo llenos de jovialidad y alegría que recuerdan el pasado no con nostalgia sino con placer.

Para hablar de estas personas que con los años siguen fomentando la actividad, la vida en plenitud y el desarrollo de su propio proyecto de vida, decimos que han cultivado un envejecimiento exitoso, que va más allá de solamente pensar en una

vejez saludable pues involucra aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la persona.

La pregunta que surge entonces es: ¿por qué algunas personas pueden envejecer exitosamente y otras desarrollan hábitos poco saludables? Sabemos que no existen recetas para la vida, pero sin duda parte de la respuesta a esta cuestión radica en la inteligencia emocional.

La inteligencia emocional involucra nuestra capacidad de reconocer y darle sentido a toda la maraña de sensaciones y emociones que nos invaden con el día a día. Aunque pareciera algo bastante sencillo, el poder darnos cuenta de las cosas que sentimos arrojará gran luz sobre cómo pensamos y actuamos, nos permitirá manejar de una forma más efectiva nuestra emocionalidad y explotar al máximo nuestra alegría, satisfacción y júbilo, mientras que nos dará herramientas para aceptar la tristeza, la ira y el dolor inherentes a estar vivo.

El conocer y manejar de forma adecuada nuestras emociones nos permite tener relaciones más satisfactorias con nuestros seres queridos, además de iniciar nuevas amistades. Nadie quiere ser el abuelo regañón que critica fuertemente las acciones de los nietos y que a la vez se queja de lo poco que lo visita. Manejar con inteligencia las emociones nos permite vincularnos con los demás y evitar arranques de ira o estrés, como bien decía el filósofo griego Aristóteles refiriéndose a la serenidad necesaria para manejar las emociones y en este caso al enojo: "Enojarse es fácil, pero enojarse en la magnitud adecuada, con la persona adecuada, en el momento adecuado eso es cosa de sabios".

La no es exclusiva de una edad, todos podemos desarrollarla en cierta medida, sin duda explorar nuestra emocionalidad nos lleva a recorrer caminos inhóspitos encontrando momentos que nos harán reír, llorar, recordar o disfrutar, pero el beneficio es grande: traerá efectos positivos en nuestra autoestima y conseguiremos extender una red de apoyo integrada por personas que estén gustosas de poder apoyarnos cuando lo necesitemos. Vivir desarrollando la inteligencia emocional es vivir en plenitud y nos ayuda a recordar que ¡Ser mayor es vivir a lo grande!

## **Vida física**

La salud, definida por la OMS como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, es un don que los seres humanos pueden adquirir y conservar o que pueden perder irremediablemente. Para la conservación de un cuerpo saludable se identifican cuatro factores como vitales: alimentación, ejercicio, descanso y evitación del estrés.

Cada vez son más las evidencias científicas que relacionan un adecuado estilo de vida con la mejora en la calidad de la misma. Los programas de actividad física deben incorporarse a las tareas diarias de cualquier persona pero muy especialmente a la población de mayores. Incorporando actividades de carácter multidimensional que procuren mejoras en capacidades fisiológicas, emocionales y psicológicas. El ejercicio físico tiene un efecto sobre los sistemas retrasando la involución de éstos de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

Es de suma importancia el fomento de la actividad física en todas las personas, como factor favorable para mejorar la calidad de vida de las personas, y más aún, en personas mayores, en el que su calidad de vida se ve reducida por la dependencia y enfermedades crónicas que en este grupo se produce con más frecuencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (OMS, 1998).

Cada vez son más las evidencias científicas que relacionan un adecuado estilo de vida con la mejora en la calidad de la misma. La actividad física es uno de los parámetros que, en mayor medida, contribuye a alcanzar y mantener unos niveles de desarrollo físico, psíquico y social acordes a la evolución y necesidades de cada persona. Con una práctica continuada y adecuada, que estimule los diferentes órganos y sistemas, se podrán conseguir efectos beneficiosos sobre múltiples

factores, que permitan elevar las expectativas de vida activa y prevengan la discapacidad, que con frecuencia acompaña al propio proceso de envejecimiento.

Los programas de actividad física deben incorporarse a las tareas diarias de cualquier persona pero muy especialmente a la población de mayores. Incorporando actividades de carácter multidimensional que procuren mejoras en capacidades fisiológicas, emocionales y psicológicas.

El ejercicio físico tiene un efecto sobre los sistemas retrasando la involución de éstos de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

### **Vida Familiar**

Tradicionalmente se ha considerado la familia completa como un grupo constituido por el padre, la madre y los hijos; éstos juegan diferentes roles dentro del grupo. Son partes esenciales para la calidad de vida familiar: la pareja, los hijos, los hermanos y los padres.

La tercera edad no supone un parón en la vida de la persona, sino más bien un proceso continuo de crecimiento en el que los mayores siguen ocupando un lugar en la sociedad y desempeñando un nuevo rol.

El equilibrio afectivo en esta etapa pasa por la aceptación de uno mismo, de los fracasos y de los logros conseguidos. Es el momento de seguir planteándose nuevas metas y nuevos intereses. Nunca debemos olvidar que mientras se vive se conserva la capacidad para disfrutar de los placeres que la vida nos ofrece.

Siempre se ha creído que cuando se envejece, hay una desconexión de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción de la exigencia productiva a la persona. La tercera edad así planteada, puede percibirse como una pérdida, y esa ruptura en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como el alejamiento de las relaciones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), la carencia afectiva percibida en cuanto a la relación con los hijos (nido vacío), y la escasez en lo que se refiere a las relaciones con parientes y amigos que se

van dejando como consecuencia de la distancia o la muerte. Así vista, la vejez implicaría una transición negativa hacia la soledad y el desconcierto, pero nada más alejado de la realidad, para su adecuada adaptación es necesario reestructurar muchas rutinas diarias y reorientar pensamientos y comportamientos para una mejor integración y socialización en la etapa que se está viviendo.

### **Vida Social**

Es resultado de las interacciones que los seres humanos tenemos con otros seres humanos.

El sistema cultural es parte de los otros sistemas, y a la vez existe independientemente, pues constituye el acervo de conocimientos, símbolos e ideas, elementos del sistema social y el de personalidad, pero que no se convierten completamente en parte de estos. En la sociedad actual, estamos viviendo constantemente grandes cambios, sean estos económicos, políticos, en ámbitos de la salud, educación etc. Debemos dar espacio para que los adultos mayores puedan comenzar a vivir esta etapa, pero por ellos hay que hacerla eterna, después de todo ellos ya hicieron un aporte en la construcción social, gracias a ellos se han creado otras cosas como cambios en los fenómenos sociales, como los actores sociales que han luchado por que se respeten los derechos y se creen nuevas formas de protección social, así mismo la creación de nuevas reformas, agregar que como sociedad tenemos muchos desafíos para cumplirles a nuestros adultos mayores, nuestras familias, amigos, y finalmente nosotros mismo ya que somos futuros adultos mayores. Los desafíos de nosotros como profesionales es canalizar las áreas de atención que vallan enfocadas a los Adultos Mayores, las políticas públicas diseñadas a la demanda de ellos como todas sus necesidades y problemas.

### **Vida Económica**

Schopenhauer decía, el hombre gasta su salud en aras de obtener dinero y en la vejez gasta ese dinero tratando de recuperar su salud.

La seguridad económica de las personas adultas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de Para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para

disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias. A pesar de la importancia del concepto, a primera vista podemos notar que tiene muchas implicaciones y encierra gran complejidad, pues no sólo denota que los adultos mayores tienen recursos, sino cuántos tienen (que además sean suficientes), la periodicidad con que los reciben (que deben llegarles regularmente) y, además, que los adultos mayores tengan plena disponibilidad de esos recursos. Para fines de este artículo, tratar de responder todas estas cuestiones sin duda sería ambicioso, pues primero se tendría que definir objetivamente a qué se considera suficiente, a qué regular, y bajo qué condiciones se puede afirmar que el adulto mayor es capaz de disponer de sus recursos. Por eso es necesario advertir que si bien nos remitimos a este concepto de seguridad económica por ser el que nos permite realizar un estudio conjunto de las distintas fuentes de ingreso, esta investigación buscará un acercamiento indirecto al mismo, limitándose a identificar si los adultos mayores cuentan con recursos, de qué tipo son monetarios o no monetarios, la fuente de donde los obtienen y, fundamentalmente, las características de la población que cuenta con ellos.

### **Vida Laboral**

El retiro del trabajo produce un gran impacto psicológico; llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, ocasionado por pérdida de su identificación dentro de la sociedad, se siente que no es nadie y pierde su sociabilidad. Tiene restricciones económicas al recibir una pensión inferior al ingreso percibido por trabajo remunerado, como también dispone de mayor tiempo libre, se siente inútil sin saber cómo llenarlo.

El estado de salud, sin duda, condiciona la situación laboral de los ancianos, si se toma en cuenta que aquél depende el aprovechamiento integral de las aptitudes, saberes y capacidades de los individuos, así como sus niveles de dependencia física. En este sentido, el autor reporta de salud y el reporte de enfermedades diagnosticadas como indicadores de las condiciones de salud de un individuo. Según estos estudios,

a nivel nacional, la diabetes y la hipertensión arterial son dos de las enfermedades que más prevalecen entre la población envejecida en la mayor parte del mundo y que afectan mayormente al género femenino. Otros de los padecimientos que más afectan a los ancianos y que son parte de la nueva epidemiología en la vejez son: el reumatismo, la artritis, las enfermedades cardiovasculares, la pérdida auditiva y de la vista, y los trastornos de la memoria, entre otras, las cuales generan determinados grados de discapacidad y limitan las oportunidades laborales.

### **Vida Espiritual**

La vida espiritual es una búsqueda incesante para los ancianos de buscarse a sí mismos; búsqueda de sentido de vida, de razón de ser. La espiritualidad es la capacidad que tenemos los seres humanos de comunicarnos con la parte más primitiva de nuestro ser, con nuestra “parte sabia”, aquella que nos conoce desde siempre: nuestro yo interno.

En el adulto mayor la espiritualidad se conecta con todas sus experiencias místicas y religiosas, y con las enseñanzas de vida de las personas que marcaron de una u otra forma su existencia hasta su aquí y su ahora.

Generalmente, la religión que cada adulto mayor ha profesado incide en su espiritualidad, no obstante, la forma en la que ésta se manifiesta va más allá de ritos, rituales o cultos. Se trata más bien de un verdadero contacto con el yo interno del que hablamos más arriba. Los tanatólogos, psicólogos, terapeutas, geriatras, coincidimos en que en esta etapa de la vida, un adulto mayor puede expresar y satisfacer de las dos formas su espiritualidad, ya sea con determinados rituales o internamente a través de reflexiones sobre lo que ha sido su vida.

En este sentido, permitir que el adulto mayor exprese y satisfaga sus necesidades espirituales es el mejor acompañamiento que podemos ofrecerle y una de las mejores maneras de cuidarlo. Además, si le permitimos compartir sus experiencias, si escuchamos sus consejos, si nos comunicamos amorosamente con él, si somos solidarios en esta etapa, le facilitaremos que encuentre un camino hacia esa espiritualidad.



Recordemos que la búsqueda de la respuesta del porqué de nuestra existencia en gran medida depende de cómo nos concebimos en este mundo, esto finalmente es lo que las prácticas espirituales intentan responder.

## **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

### **DEFINICIÓN**

“El origen del término de las actividades de la vida diaria es relativamente reciente y surge dentro del ámbito de la salud. Su primer uso está relacionado con una lista de comprobación de treinta y siete actividades, en la obra titulada *The physical demands of daily life*” (Deaver y Brown, 1945). No obstante, este médico y fisioterapeuta no llegaron a definir qué eran las actividades de la vida diaria. Cinco años más tarde, en 1950, se publicó otra “escala de actividad de la vida diaria, esta vez desarrollada por terapeutas ocupacionales, dirigida a evaluar las destrezas de los niños con parálisis cerebral” (Romero y Martorell, 2003).

Habrá que esperar a finales de los años 70 y primeros de los 80 para encontrar las primeras definiciones formales de las actividades de la vida diaria. “La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A) elaboró la primera definición de actividades de la vida diaria” (Moruno, 2003). “En ella se indica que los componentes de las actividades diarias incluyen el cuidado personal, el trabajo y el juego o actividades lúdicas” (Reed y Sanderson, 1999).

Más tarde, se definirían las “actividades la vida diaria como las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento” (Reed& Sanderson, 1980). Ann Catherine Trombly (1983)” conceptualizaría del mismo modo las AVD, enfatizando el valor que tienen las mismas para el desempeño de los roles personales y profesionales”. De manera muy similar, otros autores coinciden en considerar “las actividades de la vida diaria como las tareas de mantenimiento personal, movilidad, comunicación, el manejo del hogar, que capacitan al individuo a lograr la independencia en su entorno” (Pedretti, 1981; Mosey, 1986).

Hay que observar que con el avance de la década de los años 80 se amplía el concepto, contemplando no sólo las actividades personales de independencia personal sino también aquellas que permiten tener independencia económica y autonomía en otros ámbitos cotidianos como las actividades de participación social, comunitaria y lúdica, aspecto que culminó en la década de 1990, con la escisión en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

De acuerdo con las definiciones de distintos autores se entiende que las AVD pueden ser definidas como “la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales” (Fernández-Ballesteros, 1992, p.80). En este sentido, podría entenderse como la capacidad o competencia del propio individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

## **CLASIFICACIÓN**

### **Actividades básicas de la vida diaria**

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día, por lo que no es difícil imaginarse el problema delante de la imposibilidad de poder llevarlas a cabo por uno mismo, bien sea por déficit cognitivo-conductual, como por déficit motores.

Se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigida a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal.

Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso.

Dentro de las ABVD encontramos:

- **Higiene personal:** incluye el afeitado, el maquillaje, la higiene bucal, el peinado y la higiene de las uñas, así como el manejo del material para cada una de las actividades.
- **Ducha:** implica transferencia al lugar de la ducha, manejo de envases necesarios, graduar la temperatura, enjabonarse, aclararse y secarse.
- **Vestido:** incluye la correcta elección de las prendas en función del clima y la situación, así como la acción de vestido-desvestido.
- **Alimentación:** implica el reconocimiento de los cubiertos y la capacidad de llevar el cubierto del plato a la boca.
- **Control de esfínteres:** incluye el control completo del vaciado voluntario de la vejiga urinaria y del intestino.
- **Uso del inodoro:** incluye transferencia, posición en el inodoro, manejo de la ropa y limpieza de la zona.
- **Movilidad funcional:** incluye moverse de una posición a otra, transferencias y deambulación.

### **Actividades instrumentales de la vida diaria**

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) están relacionadas al cuidado del medio en que nos desenvolvemos. conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias

### **Actividades avanzadas de la vida diaria**

AAVD para las actividades que la AOTA refiere como área ocupacional de ocio, juego y esparcimiento, entendiéndolas como actividades intrínsecamente motivantes

que permiten disfrutar y relajarse de forma espontáneas y que sirven para la autoexpresión y exploración.

Además aluden a actividades comunitarias y autoenriquecedoras. Respecto a las actividades sociales y de ocio, algunos ejemplos son los propuestos por Lemon, Bengston & Peterson (1972) en la teoría de la actividad tales como establecer contacto con niños, vecinos, amigos y familiares, salir de viaje y otras, las que se reconocen como actividades informales, participaren grupos de Adultos mayores, cuidar enfermos, recibir clases de manualidades, participar actividades de la iglesia y demás, también llamadas actividades formales, y por último leer libros o periódicos, ver la televisión, escuchar la radio, etc, que se agrupan como actividades solidarias.

## **ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR**

### **Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad irreversible y progresiva del cerebro que lentamente destruye la memoria y las aptitudes del pensamiento, y con el tiempo, hasta la capacidad de llevar a cabo las tareas más simples. En la mayoría de las personas afectadas con esta enfermedad, los síntomas aparecen por primera vez después de los 60 años de edad.

El Alzheimer es la causa más común de demencia en las personas mayores. La demencia es la pérdida del funcionamiento cognitivo, o sea, pensar, recordar y razonar, a tal grado que interfiere con la vida y las actividades diarias de una persona.

### **Parkinson**

La enfermedad de Parkinson consiste en un desorden crónico y degenerativo de una de las partes del cerebro que controla el sistema motor y se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos. Se produce cuando las células nerviosas de la sustancia negra del mesencéfalo, área cerebral que controla el movimiento, mueren o sufren algún deterioro.

Presenta varias características particulares: temblor de reposo, lentitud en la iniciación de movimientos y rigidez muscular. La enfermedad de Parkinson afecta aproximadamente al 1 por ciento de la población mayor de 65 años y al 0,4 por ciento de la población mayor de 40 años.

Los síntomas típicos son los siguientes:

- Temblor: Consiste en un movimiento rítmico hacia atrás y hacia adelante. Generalmente comienza en la mano aunque en ocasiones afecta primero a un pie o a la mandíbula.
- Rigidez: Se manifiesta como una resistencia o falta de flexibilidad muscular.
- Bradicinesia: Se trata de la pérdida de movimiento espontáneo y automático y conlleva la lentitud en todas las acciones.
- Inestabilidad: La inestabilidad de la postura hace que los enfermos se inclinen hacia adelante o hacia atrás y se caigan con facilidad.
- Tragar y masticar: El mal funcionamiento de los músculos dificulta esta tarea cotidiana, favoreciendo la acumulación de saliva y alimentos en la cavidad bucal.
- Problemas urinarios: Las deficiencias del sistema nervioso que regula la actividad muscular provocan que algunos enfermos sufran incontinencia o tengan dificultades para orinar.
- Estreñimiento: La lentitud progresiva de los músculos intestinales y abdominales es la principal causa del estreñimiento.
- Trastornos del sueño: La somnolencia y las pesadillas son características en esta enfermedad.
- Rostro: pierde expresividad y aparece la denominada "cara de pez o máscara", por falta de expresión de los músculos de la cara.
- Acinesia: Consiste en una inmovilidad total que aparece de improviso y puede durar desde algunos minutos a una hora.

### **Atrofia muscular**

La falta de actividad física es una de las causas de la atrofia muscular. La atrofia muscular se refiere a la pérdida o desgaste del tejido muscular a causa de algún tipo de enfermedad o por inactividad. La sarcopenia es un término que indica la pérdida extrema de masa muscular que deja a la persona mayor incapaz de realizar muchas actividades de la vida diaria, siendo este un factor importante que conlleva al deterioro de la calidad de vida.

Las personas que tienen un trabajo sedentario y las de la tercera edad que no son muy activas pueden llegar a perder el tono muscular y desarrollar una atrofia significativa; sin embargo, este tipo de atrofia puede ser reversible con el ejercicio vigoroso.

Las personas que están postradas en la cama pueden presentar un desgaste muscular significativo; igual como ocurre con los astronautas que, libres de la fuerza gravitacional de la tierra, pueden desarrollar una disminución del tono muscular y descalcificación ósea pocos días después de la ingravidez.

El estilo de vida juega un papel importante en la forma como tienen lugar estos cambios relacionados con la edad.

### **Diabetes**

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o bien la fabrica de una calidad inferior. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. Cuando falla, origina un aumento excesivo del azúcar que contiene la sangre (hiperglucemia). De hecho, el nombre científico de la enfermedad es diabetes mellitus, que significa "miel".

Entre los principales síntomas de la diabetes se incluyen:

-Frecuencia en orinar (fenómeno de la "cama mojada" en los niños).

- Hambre inusual.
- Sed excesiva.
- Debilidad y cansancio.
- Pérdida de peso.
- Irritabilidad y cambios de ánimo.
- Sensación de malestar en el estómago y vómitos.
- Infecciones frecuentes.
- Vista nublada.
- Cortaduras y rasguños que no se curan, o que se curan muy lentamente.
- Picazón o entumecimiento en las manos o los pies.
- Infecciones recurrentes en la piel, la encía o la vejiga.
- Además se encuentran elevados niveles de azúcar en la sangre y en la orina

### **Obesidad**

La falta de ejercicio puede llevar a que el cuerpo deje de quemar calorías. Un exceso de calorías se acumula en forma de grasa. Generalmente los obesos se mueven poco. A medida que aumenta el sobrepeso menos se mueven porque cada vez les cuesta más. Al disminuir la actividad física quema menos calorías y lógicamente aumentarán los triglicéridos o grasas acumuladas en diversas partes del cuerpo. Esa es una de las razones por las que es cada vez más difícil contrarrestar la obesidad.

La obesidad se define simplemente como un estado de salud anormal o una excesiva acumulación de grasa en los tejidos grasos (tejido adiposo) del cuerpo, que puede llegar a constituir un serio peligro para la salud. La causa subyacente es un balance

energético positivo, que tienen como consecuencia el aumento de peso, es decir cuando las calorías consumidas exceden las calorías que se gastan.

### **Úlceras**

En las personas ancianas o enfermas que cuidamos es frecuente la aparición de enrojecimientos o lesiones en la piel provocadas principalmente por el roce, presión y humedad. Estos enrojecimientos, erosiones o heridas se llaman úlceras por presión (UPP).

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante un tiempo prolongado. Generalmente aparecen en zonas donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. Están relacionadas con varios factores como son: estado mental, incontinencia, movilidad, nutrición y actividad. El riesgo es mayor si la persona está encamada, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición por sí misma.

### **Hipertensión**

Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.

La presión arterial se clasifica en base a dos tipos de medidas, la presión arterial sistólica y diastólica, expresadas como una tasa, como por ejemplo 120/80mmHg («120 sobre 80»).

La hipertensión arterial afecta cerca de cincuenta millones de personas en los Estados Unidos y más de un billón alrededor del mundo, esta proporción tiende a incrementar en relación con el aumento de la edad poblacional.

Datos recientes del Framingham Heart Study sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen una probabilidad del noventa por ciento de desarrollar hipertensión arterial.

### **Arteriosclerosis**

La arteriosclerosis es el endurecimiento de las arterias por la formación de una placa dura, que contiene calcio y colesterol, entre otras sustancias que obstruyen las arterias. Este crecimiento no es inmediato, sino progresivo, ocasionando daño sin presentar síntomas aparentes. Los factores fundamentales para su aparición son el



incremento del nivel del colesterol en la sangre y el tabaquismo. Las arterias se tornan más rígidas y posteriormente aparecen las placas que las bloquean.

## **PROBLEMAS PSICOLÓGICOS**

### **Depresión**

La depresión (del Latín depressu, que significaba «abatido» o «derribado») es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la Psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza.

## **PROBLEMAS SOCIALES**

### **Aislamiento**

Según la Real Academia Española, aislamiento significa incomunicación o desamparo. Si partimos de la premisa de que el ser humano es un ser social que necesita compañía y analizamos la teoría de las necesidades humanas de Maslow podemos concluir que el aislamiento es perjudicial para cualquier ser humano independientemente de su edad, color de piel, estatus social, creencias, educación o

sexo. El aislamiento afecta con más fuerza a los más vulnerables entre estos: niños, viejos y personas con impedimentos.

“El aislamiento social en la vejez está relacionado con un deterioro de las capacidades físicas y mentales” (Huffman, Parus & Hall. Pág. 210, 211). La comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades, pero más aún en los ancianos ya que es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos y sean más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un grupo social más reducido.

## **e. MATERIALES Y MÉTODOS**

La presente investigación se basó en fases, técnicas e instrumentos que permitieron recoger información lo que sirvió para direccionar el trabajo investigativo. Es así que se presenta a continuación las fases:

**Fase 1:** formulación del problema de investigación.- se definió cuestiones generales como el tema, problemática, objetivos y la justificación del trabajo investigativo.

**Fase 2:** exploratoria.- esta fase sirvió para elaborar el marco teórico previo revisión de literatura de libros y en páginas de internet.

**Fase 3:** recolección de información.- esta fase sirvió para determinar la población a investigar y además para obtener información del trabajo investigativo, para lo que se utilizó lo siguiente:

### **Técnicas**

**-La encuesta.-** estuvo dirigida para 5 personas del personal del centro. Consta de 7 preguntas, las mismas que están destinadas para recolectar información acerca de la calidad de vida, presencia de enfermedades del adulto mayor y actividades de la vida diaria. Estuvo orientada a cumplir con los tres objetivos. Es decir ayudó para contrastar los objetivos.

Los **instrumentos** que se utilizó en la presente investigación son los siguientes:

**-Historia clínica** (parámetro de salud).- permitió conocer el estado de salud y enfermedades que presenta el adulto mayor, estuvo orientada a cumplir con el segundo objetivo: Establecer las enfermedades que presenta el adulto mayor del centro “Los Arupos”.

**-Índice de barthel (A.B.V.D).**- permitió conocer el grado de dependencia de una persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer,

bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulaci3n y escaleras.

**-Escala de lawton y brody (A.I.V.D).**- se evalu3 las actividades instrumentales del adulto mayor. Estuvieron orientados a cumplir el tercer objetivo: Precisar las actividades de la vida diaria de los adultos mayores del centro de atenci3n “Los Arupos”.

### **Poblaci3n y muestra**

La presente investigaci3n se llev3 a cabo en el centro de atenci3n para el adulto mayor “Los Arupos”.

La poblaci3n de la investigaci3n es finita que est3 conformada por los adultos mayores y funcionarios del centro de atenci3n para el adulto mayor “Los Arupos”, siendo as3 una poblaci3n de 25 personas, considerando como muestra la misma poblaci3n, distribuidos de la siguiente manera:

Personas del C.A “Los Arupos”	Nº
Coordinadora del C.A “Los Arupos”	01
Psicorrehabilitador	01
Terapista Ocupacional	01
M3dico	01
Enfermera	01
Adultos Mayores	20
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>

**Fuente:** Centro de atenci3n para el adulto mayor “Los Arupos”

**Elaboraci3n:** Tatiana L. Capa J. (investigadora)

## f. RESULTADOS

Antes del análisis de los objetivos, se hará un sondeo acerca del conocimiento y apreciación que tienen los funcionarios del centro “Los Arupos” del tema calidad de vida. Para ello se aplicó la encuesta.

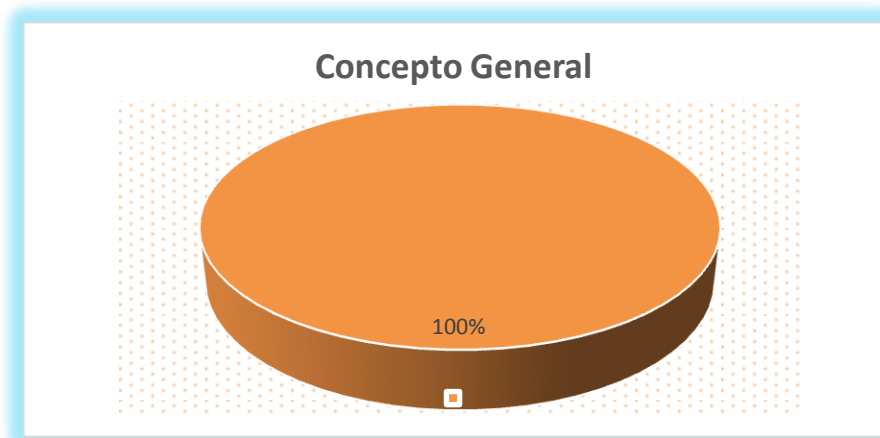
*Pregunta 1: ¿Qué es para usted calidad de vida?*

CONCEPTO GENERAL	f	%
Bienestar de todas las áreas de la vida como: físico, psicológico, social, etc.	5	100%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** encuesta aplicado a los funcionarios del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.

**Elaborado por:** Tatiana L. Capa J.

### GRÁFICO



### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En consenso, los funcionarios del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos” manifiestan el siguiente concepto: calidad de vida es el bienestar en las diferentes áreas físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le

permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Dando un 100%.

Así mismo, la organización de las naciones unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida, Levi y Anderson (1980) delimitan el concepto y señalan: “entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa”. Por tanto, es indudable que el concepto calidad de vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas.

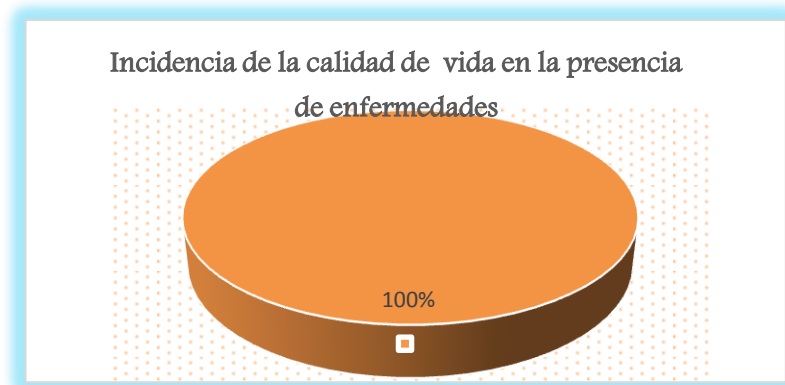
**Pregunta 2:** *¿Usted cree que la calidad de vida incide en la presencia de enfermedades?*

VARIABLES	f	%
SI	5	100%
NO	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** encuesta aplicado a los funcionarios del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.

**Elaborado por:** Tatiana L. Capa J.

### GRÁFICO



## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Los funcionarios piensan que la calidad de vida sí incide en la presencia de enfermedades que da un 100%, puesto que si la persona no tiene un bienestar total, no lleva una vida plena, se verá su vida afectada, es así que aparecen las enfermedades, aunque también el adulto mayor pasa por un cambio en lo físico psicológico y social. Pero estos cambios los pueden conllevar, teniendo una buena calidad de vida. Podemos decir que la calidad de vida sí incide en la presencia de enfermedades, por ejemplo si el adulto mayor se alimenta sólo de comida chatarra a la larga le puede ocasionar problemas en su salud, al igual si el adulto mayor no tiene una sana relación con su entorno, pues ocasionará depresión.

El envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo.

La incidencia de problemas de salud suele aumentar con la edad, lo cual a su vez afecta su estado de salud general, su capacidad funcional, su sentimiento de autoeficacia y su calidad de vida, es por tal razón que tanto la calidad de vida de vida incide en la presencia de enfermedades como las enfermedades inciden en la calidad de vida del adulto mayor.

## OBJETIVO 1

- Determinar la calidad de vida que tienen los adultos mayores del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.

*Se utilizó la pregunta 3 y 6 de la encuesta dirigida a los funcionarios del centro.*

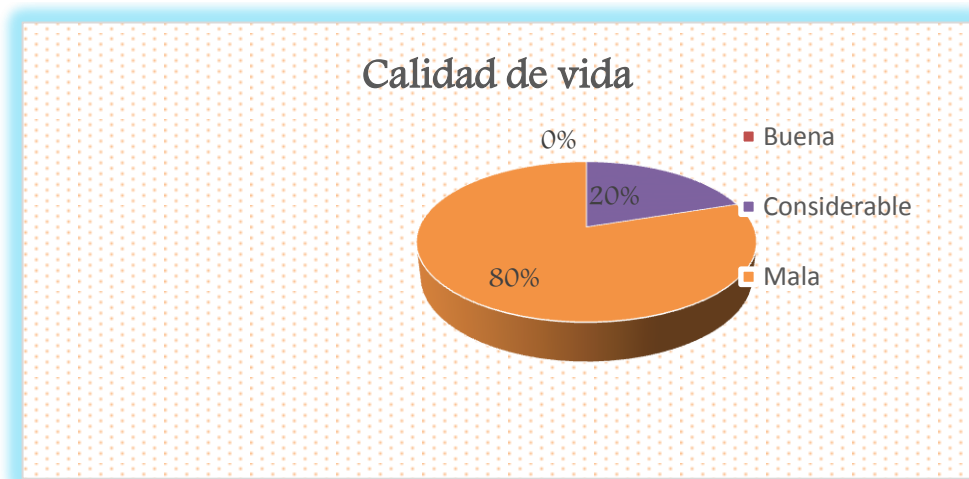
**Pregunta 3:** En general, ¿Cómo se encuentra la calidad de vida del adulto mayor de este centro?

VARIABLES	f	%
Buena	0	0%
Considerable	1	20%
Mala	4	80%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** encuesta, aplicada a los funcionarios del centro “Los Arupos”.

**Elaborado por:** Tatiana L. Capa J.

## GRÁFICO



**Análisis:** la encuesta se aplicó a los 5 funcionarios del centro, los mismos que tienen la siguiente apreciación de la calidad de vida: 4 de ellos manifiestan que la calidad de vida es mala dando un 80% y 1 de ellos manifiesta que es buena dando un 20%, lo que sumando nos da un 100%.



**Interpretación:** se presentan los resultados de la encuesta dirigida a los funcionarios del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”. De donde se desglosa que, los adultos mayores del centro presentan una mala calidad de vida, según los funcionarios se debe a que no tienen un bienestar o satisfacción en las áreas: física, emocional, social, económica, laboral, intelectual, etc.

Por otro lado, Lazarus (1998, 2000) “menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control”.

“Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la “fragilidad” física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población” (González-Celis, 2009b). Es por tal razón, que los adultos mayores del centro presentan una mala calidad de vida, porque pasan por todos estos cambios.

El envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo (Velasco y Sinibaldi, 2001).

**Pregunta 6:** De las siguientes áreas. ¿Cuál cree usted que está afectada en el adulto mayor y a qué se debe?

VARIABLES	f	%
Vida física, intelectual, emocional, familiar, social, económica, laboral	5	100%
Vida espiritual	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** encuesta aplicada a los funcionarios del centro “Los Arupos”.

**Elaborado por:** Tatiana L. Capa J.

### GRÁFICO



**Análisis:** referente a esta pregunta se obtuvo lo siguiente: los 5 funcionarios manifestaron que las áreas afectadas en el adulto mayor son: la vida intelectual, vida física, vida emocional, vida económica, vida social y vida familiar dando un 100% y la única área que no está afectada es la vida espiritual en el adulto mayor del centro “los Arupos”.

**Interpretación:** se presentan los resultados de la encuesta dirigida a los funcionarios del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”. De donde se desglosa que, las áreas afectadas en el adulto mayor son: física, emocional, intelectual, social, económica, laboral, intelectual, etc. Manifiestan que se debe a que el adulto mayor pasa por un cambio de aspectos físicos, psicológicos y sociales. Y además porque en su juventud no ha llevado una buena calidad de vida. Pues “Las condiciones desfavorables hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la “fragilidad” física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población” (González-Celis, 2009b).

De acuerdo a la revisión teórica efectuada y los resultados obtenidos se determinó que los adultos mayores tienen una mala calidad de vida, debido a que están afectadas en un 100% todas sus áreas.

## **OBJETIVO 2**

- Establecer las enfermedades que padecen los adultos mayores.

*Se utilizó la pregunta 4 de la encuesta dirigida a los funcionarios del centro, y la historia clínica (parámetro salud) del centro.*

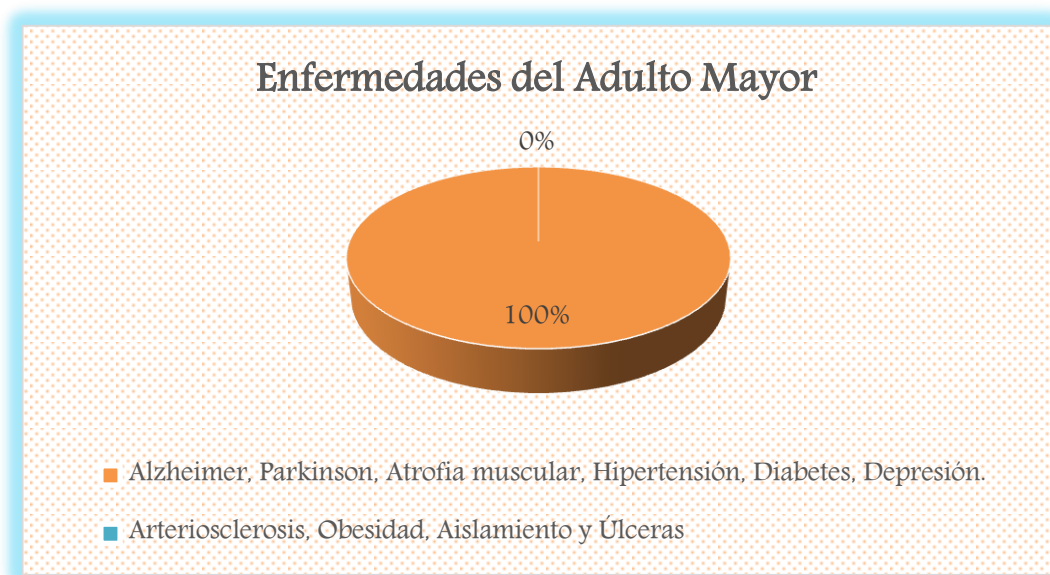
**Pregunta 4:** de las siguientes enfermedades. ¿Cuáles presentan los adultos mayores?

VARIABLES	f	%
Alzheimer, parkinson, atrofia muscular, hipertensión, diabetes, depresión.	5	100%
Arteriosclerosis, obesidad, aislamiento y úlceras	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** encuesta aplicada a los funcionarios del centro “Los Arupos”.

**Elaborado por:** Tatiana L. Capa J.

### GRÁFICO



**Análisis:** de la encuesta aplicada a los 5 funcionarios del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos” se obtuvo que: los 5 funcionarios manifiestan que los adultos mayores presentan las enfermedades de: hipertensión, alzheimer, diabetes, parkinson, atrofia muscular, depresión. y ninguno de ellos que es el 0% señaló las enfermedades de arteriosclerosis, obesidad, úlceras y aislamiento. Dando un total de 100%.

**Interpretación:** se presentan los resultados de la encuesta dirigida a los funcionarios del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”. De donde se desglosa que, el 100% de los funcionarios considera que hipertensión, diabetes, alzheimer,

parkinson, atrofia muscular y depresión son las enfermedades que con mayor incidencia se dan en el adulto mayor del centro “Los Arupos”. Manifiestan que los adultos mayores conforman un grupo con riesgo de contraer algunas enfermedades y afecciones típicas de la edad avanzada. Además el ser humano entre su integridad sufre desgastes con el paso del tiempo, así mismo es vulnerable de presentar enfermedades propias de su herencia. Los adultos mayores son un grupo de riesgo en presentar algunas afecciones bien sea por desgaste orgánico y funcional, mala calidad de vida o por enfermedades crónicas y degenerativas.

## HISTORIA CLÍNICA

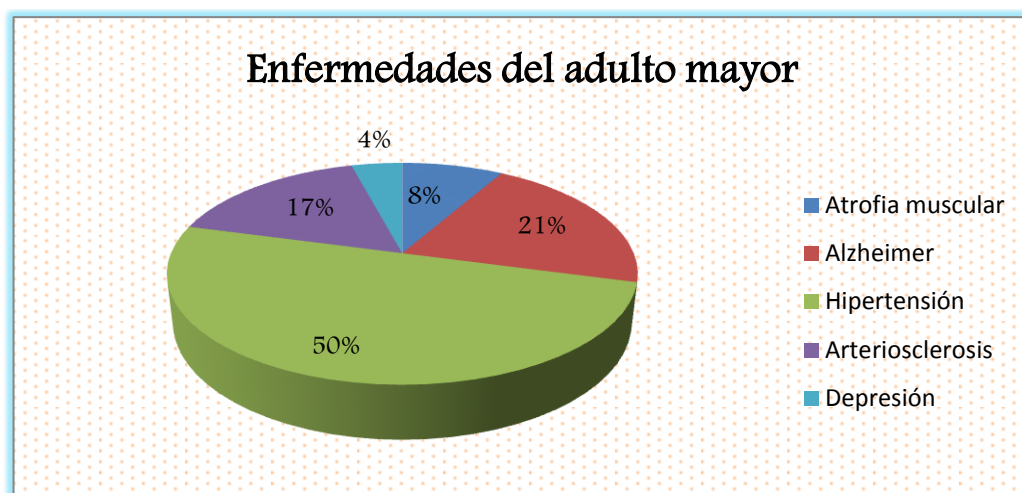
*Se obtuvo del parámetro salud. Se utilizó la historia clínica del centro “Los Arupos”*

ENFERMEDADES	f	%
Hipertensión	10	40%
Diabetes	5	20%
Alzheimer	5	20%
Parkinson	2	8%
Atrofia muscular	2	8%
Depresión	1	4%

**Fuente:** Historia clínica (parámetro salud) del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.

**Elaborado por:** Tatiana L. Capa J.

## GRÁFICO



**Análisis:** según la historia clínica (parámetro salud) que se maneja en el centro se obtiene que, 10 adultos mayores presentan la enfermedad de hipertensión que equivale al 80%, seguidamente 5 adultos mayores presentan diabetes lo que corresponde al 20%, 5 adultos mayores presentan alzheimer que corresponde a 20%, también 2 adultos mayores presentan parkinson que equivale al 8%; en el mismo porcentaje del 20% está la enfermedad de atrofia muscular y finalmente 1 adulto mayor tiene depresión lo que equivale a 4%, dando un total de 100%. Se debe anotar que algunos adultos mayores presentan más de una enfermedad.

**Interpretación:** se presentan los resultados de la encuesta dirigida a los funcionarios del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”. De donde se desglosa que, en mayor porcentaje del 80% está la enfermedad de hipertensión; seguido en un mismo porcentaje del 20% está el alzheimer y diabetes; con un porcentaje del 8% las enfermedad de parkinson y atrofia muscular; y en mínimo porcentaje la depresión con un 4%.

Según el grupo sistema nacional de salud (SNS) manifiesta lo siguiente: cuando las personas alcanzan la etapa de adulto mayor, también comienzan una época para disfrutar la vida y descansar, o tener actividades recreativas. Sin embargo, los ancianos conforman un grupo con riesgo de contraer algunas enfermedades y afecciones típicas de la edad avanzada. De esta forma, son recurrentes las siguientes

afecciones: hipertensión, alzheimer, diabetes, parkinson, atrofia muscular y depresión. y las que no son recurrentes en el adulto mayor del centro es: la obesidad, arteriosclerosis, ansiedad y úlceras.

### **OBJETIVO 3**

- Precisar el grado de dependencia de las actividades de la vida diaria de los Adultos Mayores del Centro de Atención “Los Arupos”.

*Se utilizó el Índice de Barthel (A.B.V.D), la escala se Lawton y Brody (A.I.V.D) y la encuesta aplicada a los funcionarios del Centro “Los Arupos”.*

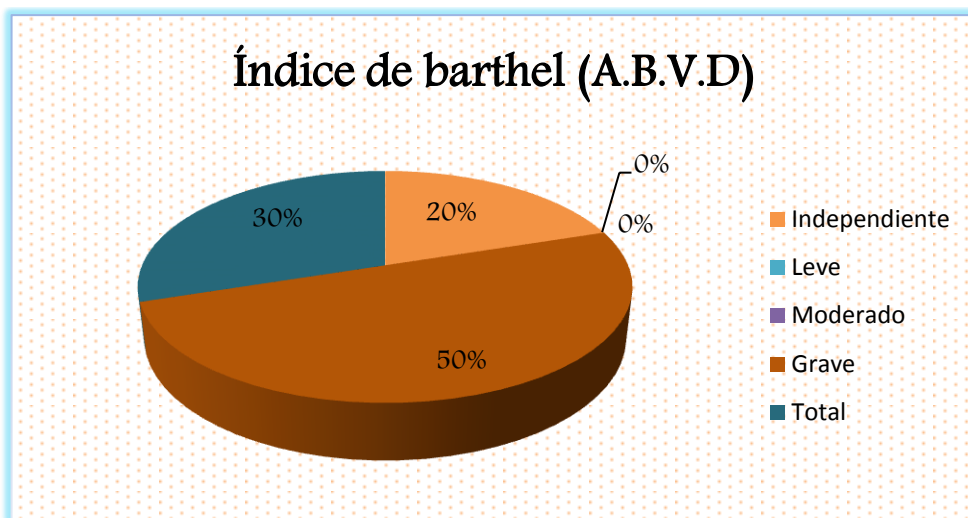
### **Índice de barthel (A.B.V.D)**

<b>GRADO DE DEPENDENCIA</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Independiente (100)	4	20%
Leve (60)	0	0%
Moderado (40-55)	0	0%
Grave (20-35)	10	50%
Total (<20)	6	30%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Índice de Barthel (A.V.B) dirigida a la persona encargada del cuidado de los adultos mayores del Centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.

**Elaborado por:** Tatiana L. Capa J.

## GRÁFICO



**Análisis:** del índice de barthel (A.B.V.D) aplicado a la persona que se encarga del cuidado de los adultos mayores, se obtiene que, 10 adultos mayores tienen grado de dependencia grave(20-35) que corresponde al 50%; seguidamente 6 adultos mayores tienen grado de dependencia total(<20) que corresponde al 30%; 4 adultos mayores tienen grado de independencia(100) que corresponde al 20% y finalmente ningún adulto mayor tiene el grado de leve(60) y moderado(40-55) que corresponde al 0%. Dando un total de 100%.

**Interpretación:** se presentan los resultados del índice de barthel (A.B.V.D) dirigida a la persona que se encarga del adulto mayor del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”. De donde se desglosa que, en un mayor porcentaje de 50% presentan un grado de dependencia grave, es decir que necesita ayuda de otra persona para poder realizar las siguientes actividades básicas de la vida diaria: alimentación, higiene personal, uso del inodoro, movilidad funcional, etc.

Según la asociación americana de terapia ocupacional (A.O.T.A), las actividades básicas de la vida diaria pueden verse afectadas por: déficit cognitivo, problemas psicopatológicos y motores. Es por tal motivo que los adultos mayores del centro no pueden tener una independencia total de sus actividades básicas de la vida diaria.



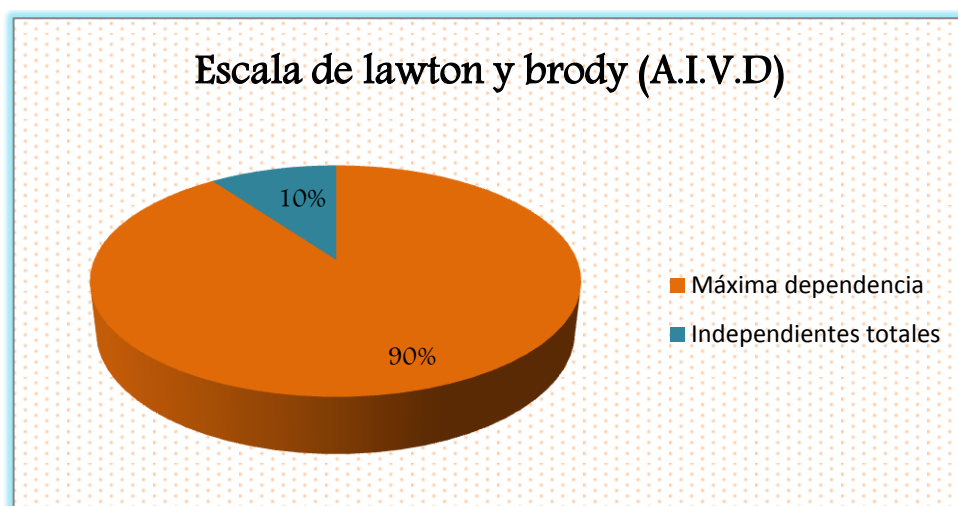
### Escala de lawton y brody (A.I.V.D)

Grado de dependencia	f	%
Máxima dependencia	18	90%
Independientes totales	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escala de lawton y brody (A.I.V.D) dirigida a la persona encargada del cuidado de los adultos mayores del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.

**Elaborado por:** Tatiana L. Capa J.

### GRÁFICO



**Análisis:** de la escala de lawton y brody aplicada a la persona que se encarga del cuidado de los adultos mayores, se obtiene que, 14 de los adultos mayores tienen un grado de máxima dependencia lo que equivale al 90%, y solamente 6 adultos mayores presentan un grado de independencia total que corresponde al 10%, dando un total de 100%.

**Interpretación:** las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) están relacionadas al cuidado del medio en que nos desenvolvemos. conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por

teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias.

Es así que por la complejidad que tienen llevarlas a cabo, el porcentaje de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria es de 90%.

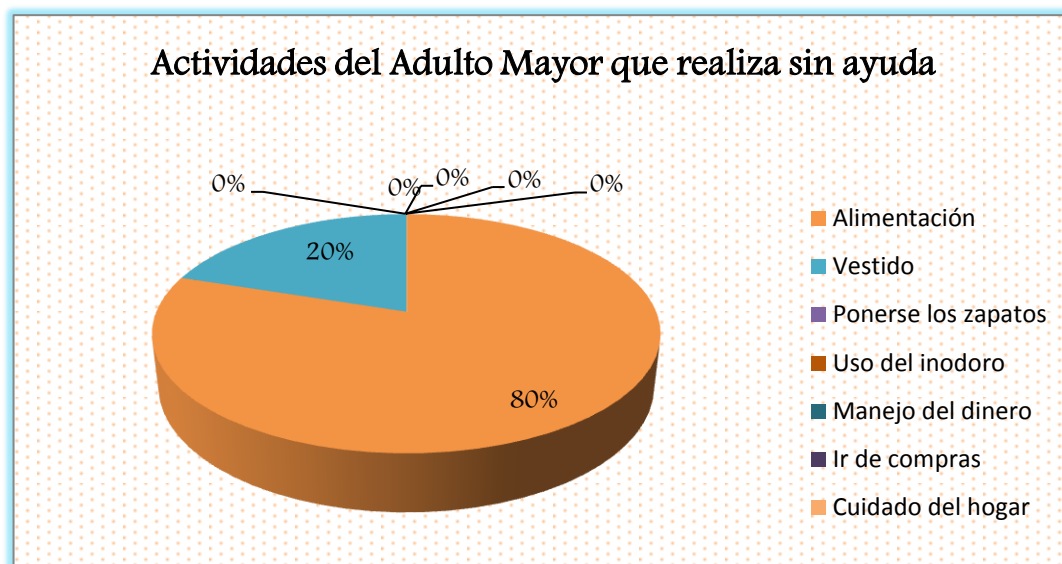
**Pregunta 5:** *De las siguientes actividades de la vida diaria. ¿Cuáles de éstas el adulto mayor las realiza sin ayuda?*

<b>VARIABLES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Alimentación	4	80%
Vestirse	1	20%
Ponerse los zapatos	0	0%
Uso de inodoro	0	0%
Ir de compras	0	0%
Manejo de dinero	0	0%
Cuidado del hogar	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta a los funcionarios del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.

**Elaborado por:** Tatiana L. Capa J.

## GRÁFICO



**Análisis:** De la encuesta aplicada a los 5 funcionarios del centro se obtiene que las actividades de la vida diaria que los adultos mayores pueden realizar sin ayuda son: en un 80% alimentarse, en un 20% vestirse, y en un mismo porcentaje del 0% ponerse los zapatos, usar el inodoro, manejo del dinero, ir de compras y cuidado del hogar, lo que sumando todo nos da un total de 100%.

**Interpretación:** las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. A diferencia de las actividades instrumentales de la vida diaria que son actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas. Es así que las actividades de la vida diaria que realizan los adultos mayores con independencia son: el 80% alimentarse y el 20% vestirse.

## **g. DISCUSIÓN**

Luego de haber realizado la investigación con el tema: La incidencia de la calidad de vida en la presencia de enfermedades en el adulto mayor del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”. Período mayo-diciembre del 2013.

### **Objetivo 1:**

- Determinar la calidad de vida que tienen los adultos mayores del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.

Para este objetivo se utilizó la encuesta dirigida a los funcionarios del centro, preguntas 3 y 6, con lo que se pudo llegar a la siguiente discusión:

Según la pregunta 3 de la encuesta, 4 de ellos manifiestan que la calidad de vida es mala dando un 80%, argumentando que se debe a que el adulto mayor no tiene un bienestar o satisfacción en las áreas: física, emocional, social, económica, laboral, intelectual, etc.

En lo referente a la pregunta 6, los 5 funcionarios que es el 100% consideran que las áreas afectadas en el adulto mayor son: física, emocional, intelectual, social, económica, laboral, intelectual, etc. Manifiestan que se debe a que el adulto mayor pasa por un cambio de aspectos físicos, psicológicos y sociales. Y además porque en su juventud no ha llevado una buena calidad de vida, que con el pasar del tiempo han afectado su vejez. Según los resultados de la encuesta, la calidad de vida del adulto mayor es mala.

Debido a que las personas de la tercera edad atraviesan cambios físicos, sociales y físicos, pues no son las mismas personas que hace 30 años. Pues el envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuenta el individuo (Velasco y Sinibaldi, 2001).

## **Objetivo 2:**

- Establecer las enfermedades que padecen los Adultos Mayores.

Para este objetivo se aplicó la encuesta dirigida a los funcionarios del centro y para contrastar esta información se consideró la historia clínica (parámetro salud), con lo que se pudo llegar a la siguiente discusión:

Según la historia clínica en el parámetro salud se destaca que los adultos mayores presentan en mayor porcentaje del 80% la enfermedad de hipertensión; seguido en un mismo porcentaje del 20% está el alzheimer y diabetes; con un porcentaje del 8% las enfermedad de parkinson y atrofia muscular; y en mínimo porcentaje la depresión con un 4%.

El 100% de los funcionarios considera que el hipertensión, diabetes, alzheimer, parkinson, atrofia muscular y depresión son las enfermedades que con mayor incidencia se dan en el adulto mayor del centro “Los Arupos”. Manifiestan que los adultos mayores conforman un grupo con riesgo de contraer algunas enfermedades y afecciones típicas de la edad avanzada. Además el ser humano entre su integridad sufre desgastes con el paso del tiempo, así mismo es vulnerable de presentar enfermedades propias de su herencia. Los adultos mayores son un grupo de riesgo en presentar algunas afecciones bien sea por desgaste orgánico y funcional, mala calidad de vida o por enfermedades crónicas y degenerativas.

Con los resultados obtenidos se puede decir que, las enfermedades que padecen los adultos mayores son hipertensión, alzheimer, diabetes, atrofia muscular y la depresión. Cabe destacar que algunos de los adultos mayores presentan más de una enfermedad.

### **Objetivo 3:**

- Precisar el grado de dependencia de las actividades de la vida diaria de los Adultos Mayores del Centro de Atención “Los Arupos”.

Para este objetivo se aplicó el índice de barthel (A.B.V.D), la escala de lawton y brody (A.I.V.D), para contrastar esta información se consideró la encuesta dirigida a los funcionarios del centro con lo que se pudo llegar a la siguiente discusión:

Es así que según el índice de barthel se obtiene que en un mayor porcentaje de 50% presentan un grado de dependencia grave, es decir que necesita ayuda de otra persona para poder realizar las siguientes actividades básicas de la vida diaria: alimentación, higiene personal, uso del inodoro, movilidad funcional, etc.

En cambio en la escala de lawton y brody (A.I.V.D) el porcentaje de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria es de 90%. Necesitan de la ayuda de otras persona para poder realizar las siguientes actividades: capacidad de usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicina y manejo de asuntos económicos.

Por otro lado de la encuesta se obtiene que las actividades de la vida diaria que realiza el adulto mayor son: el 80% alimentarse y el 20% vestirse. Esto puede deberse a que las actividades básicas de la vida son actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día.

## **h. CONCLUSIONES**

Con la información adquirida por medio de los instrumentos se realizó un detenido análisis e interpretación de la información, y de acuerdo a los objetivos propuestos se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- La calidad de vida que presentan los adultos mayores del centro es mala, debido a que están afectadas las áreas: física, intelectual, emocional, familiar, social, económica y laboral.
- Las enfermedades que presentan los adultos mayores con mayor incidencia son: 80% la enfermedad de hipertensión; seguido en porcentaje del 20% está el alzheimer y diabetes; con un porcentaje del 8% la enfermedad de parkinson y atrofia muscular; y en mínimo porcentaje la depresión con un 4%. Cabe anotar que hay adultos mayores que presentan más de una enfermedad.
- El grado de dependencia de las actividades de la vida diaria es el siguiente: actividades básicas de la vida diaria (A.B.V.D) grado de dependencia grave con un 50%, en cambio en las actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D) el porcentaje de dependencia es de 90%.

## **i. RECOMENDACIONES**

En función de las conclusiones se plantea las siguientes recomendaciones:

- Que los funcionarios del centro ayuden a los adultos mayores a tener una mejor interacción en todas las áreas de la vida: intelectual, física, social, familiar, espiritual, laboral, emocional y económica. De esta manera contribuyen a que tengan la mejor calidad de vida posible y que se sientan queridos y valorados.
- Que los adultos mayores tengan chequeos médicos permanentes y que reciban atención médica diaria en el centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.
- Que se incremente a las actividades del centro, terapia recreativa y ocupacional, que abarque actividades funcionales, técnicas y sociales.



## j. BIBLIOGRAFÍA

- Baltes, P.B. y Baltes, M.M., eds., 1993. Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 28-34.
- Buendr J. Edición pirámide. “Familia y psicología de la salud”. Pág. 275, 276, 377, 278, 279.
- Cardona, D., Estrada A. y Agudelo, H.B., 2006. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26 (2), pp. 206-215.
- Deaver, G.G. y Brown, M.E. (1945). Physical demands of daily life. New York: Institute for the crippled and disabled. Tomado de [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_2/13-23\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf)
- Diane Papalia, Sterns, Feldman & Camp. Tercera edición. “Desarrollo del adulto y vejez. Pág. 8-307.
- Espinoza C. y Cols. (1990). Calidad de Vida en Oncología. Una revisión del problema. *Revista Clínica Española*. 187, (9).
- Fernández-Ballesteros, R., 1998. Calidad de vida: las condiciones diferenciales. *La Psicología en España*, 2 (1), pp. 57-65.
- García, G.E., 2006. Espiritualidad y calidad de vida en adultos mayores. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Gil-Roales, J. (2004) *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Giusti, L., 1991. Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa.
- González-Celis R., A.L., 2003. Los adultos mayores: un reto para la familia. En: L.L. Eguiluz, coord. *Dinámica de la familia*. México: Editorial Pax, pp. 127-139.

- Grau, J. (1994). Calidad de Vida en el paciente oncológico. Conferencia Impartida en la Facultad de Psicología de la Universidad del Estado de Morelos. Cuernavaca, México.
- Grau, J. (1994). Calidad de Vida. Conferencia impartida en la Maestría Internacional de Psicología de la Salud. Facultad de la Salud Pública Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Grau, J. (1996). Calidad de Vida. Libro en prensa. Instituto de Oncología de Cuba.
- Guy Lanfrancois. Sexta edición. “El ciclo de la vida”. Pág. 491,497, 498, 4999.
- Hamilton M et al. (2007). Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes* 56(11):2655–2667.
- Harper, A. y Power, M., 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-Brief quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, pp. 551-558.
- Huffman L., Parus & Hall. Vol. 2. Sexta edición. “Psicología del desarrollo de hoy”. Pág. 210, 211, 222.
- Katschnig, H., 2000. Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: H. Katschnig, H. Freman y N. Sartorius, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, pp. 3-15.
- Lazarus, R. S., 1998. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. En: I.H Nordhus, G.R. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt, eds. *Clinical Geropsychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 109-130.
- Morales Francisco. Edición Paidés. “Introducción a la psicología de la salud”. Pág. 179, 180, 181, 183, 184, 185.
- Nieto, J., Abad, M. y Torres, A., 1998. Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*, 4, pp. 75-81.

- Pomerleau, O.F. y Brady, J.P. (1979). *Behavioral medicine: theory and practice*. Baltimore. MA: Williams and Wilkins.
- Portillo, L. 2002. “La educación deportiva en las personas de mayor edad”. Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital - Buenos Aires - Año8 - N° 50 – Julio. Tomado de <http://www.efdeportes.com/>
- Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis R., A.L., 2006. Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. E. Caballo, coord. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Editorial Pirámide, pp. 473-492.
- Tremblay MS et al. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab* 35(6):725–740.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C., 2002. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, pp. 349-361.
- Velasco, M.L. y Sinibaldi, J.F.J., 2001. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Manual Moderno.
- Vinaccia, S. y Orozco, L., 2005. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1 (2), pp. 125-137.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action* (WHO/MNC/03.01). Washington: Author.

## WEBGRAFÍA

- [http://www.saludactual.cl/geriatria/enfermedades\\_mas\\_comunes\\_tercera\\_edad.php](http://www.saludactual.cl/geriatria/enfermedades_mas_comunes_tercera_edad.php) Extraído el 20 de marzo del 2014, 18:00
- <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/parkinson>

**k. ANEXOS**

**ANEXO 1**



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA  
COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y  
EDUCACIÓN ESPECIAL**

**TEMA:**

**INCIDENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PRESENCIA  
DE ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO  
DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR “LOS ARUPOS”.  
PERIODO MAYO-DICIEMBRE 2013**

PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
GRADO DE LICENCIADA EN  
PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN  
ESPECIAL

**AUTORA:**

**TATIANA LIZBETH CAPA JIMÉNEZ**

**LOJA - ECUADOR  
2013**

**a. TEMA**

INCIDENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR “LOS ARUPOS”. PERÍODO MAYO-DICIEMBRE 2013.

## **b. PROBLEMÁTICA**

El proceso de envejecimiento biológico de las personas es, hasta el presente, irreversible, y comienza prácticamente desde el nacimiento. El envejecimiento de la población se expresa habitualmente en el aumento de la proporción de personas mayores y en él influyen aspectos como la disminución de la fecundidad y la mortalidad, si bien las migraciones, por ejemplo, pueden también contribuir. El incremento de ancianos, sin dudas, demandará nuevas interrogantes relacionadas con estos y su repercusión en aspectos educacionales, económicos, sociales, sanitarios, medioambientales, recreativos y generacionales, entre otros.

La salud del anciano es considerada como "la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir". Pero se encuentra afectada en algunos adultos mayores, debido, a las diferentes enfermedades que presentan lo que les lleva a tener una vida sedentaria y por lo tanto al no hacer actividad no podrán desenvolverse en su vida personal y social afectando así a su calidad de vida.

Es así que en México según datos actuales ofrecidos por el Instituto Nacional de Geriatria, existen 11'200,783 adultos mayores, de los cuales, 2'802,549 son personas con discapacidad o totalmente dependientes. El panorama para el futuro es todavía más complejo, según las proyecciones, y de acuerdo con la transición demográfica, la población de adultos mayores se cuadruplicará en 50 años. Si bien hay un claro aumento en la esperanza de vida, también se observa una franca disminución en la calidad de vida como consecuencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Las principales causas de mortalidad registradas por el sector salud en población adulta durante 2009 fueron enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, EPOC. En este rubro, solo hubo una variación con respecto a los hombres,

ya que la quinta causa de mortalidad la ocuparon las enfermedades del hígado, las enfermedades pulmonares pasaron a ser la sexta causa de muerte.

En cuanto a la morbilidad, las enfermedades no se presentan solas, según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición 2012, 27.2% de adultos de 45 a 64 años de edad presentan dos o más enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que en el rango de 65 o más años, se presentan en 30.8%. La suma de diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemia, enfermedades del corazón, embolia o infarto cerebral y cáncer, aunado a problemas de salud mental como depresión, deterioro cognitivo y demencia, entendida especialmente como Alzheimer nos son los únicos que juegan en esta multimorbilidad. En esta etapa de la vida también pueden sumarse síndromes geriátricos como caídas que en presencia de osteoporosis derivan en fracturas; malnutrición; deterioro sensorial entendido como déficit visual y/o auditivo, cuyas consecuencias se manifiestan en una fragilidad difícil de sobrellevar y cuya repercusión funcional puede ser incluso más grave que las propias enfermedades crónicas no transmisibles.

De acuerdo con una de las clasificaciones establecidas nuevamente en la Encuesta Nacional de Nutrición 2012, las limitaciones de las actividades instrumentales de la vida diaria, 24.6% de los adultos mayores entrevistados, tuvo dificultad para realizar al menos una de estas cuatro acciones: cocinar, hacer las compras, manejar dinero y sobretodo, tomar medicamentos. Y no solo eso, Poco más de la cuarta parte de (26.9%) tenían dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria como vestirse, bañarse, acostarse y caminar.

La Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud de las Organización Mundial de la Salud, OMS concibe a las determinantes sociales de la salud como las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, y del tipo de sistemas de salud que se utilizan para combatir la enfermedad. Entre ellas juegan un papel importante el ingreso, la escolaridad, la ocupación, la equidad, la vivienda, la etnicidad, la edad y la alimentación.

El impacto de estos determinantes sociales en la salud de adultos mayores relacionada con la atención médica tiene otros considerandos. La accesibilidad de los servicios de salud no solo se refiere a la cercanía o a satisfacer la necesidad de salud, también se debe considerar si ese adulto mayor está apto para acudir por su propio pie a los servicios o si cuenta con alguna red de apoyo para que lo lleven. Ante la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles el énfasis ideal sería en la detección oportuna, control o atención de emergencias, para la atención de las complicaciones de estos pacientes; para ello, es fundamental contar con la infraestructura y personal capacitado. De ahí que, aparte de geriatras, se necesitan profesionales intermedios, como enfermeras geriatras, técnicas en enfermería geriátrica, o simplemente técnicos geriatras.

Las estadísticas de la OMS confirman que las tasas de obesidad se duplicaron en todas las regiones del mundo entre 1980 y el 2008. Los mayores niveles se registran en el continente americano, donde el 26% de los adultos son obesos. “Un estilo de vida sedentario es responsable de provocar daño al organismo” (Money et. al 2008) y “asociado al envejecimiento disminuir el desempeño motor y predispone al adulto mayor a tener menor autonomía funcional en actividades de la vida diaria tales como caminar, subir escaleras, levantarse de una silla de forma exitosa sin auxilio de una persona o aparato continuando con sus relaciones sociales y manteniendo su función cognitiva” (Dantas EH, 2004, Molt et. al 2010). Este déficit aumenta en los adultos mayores el riesgo de caídas y fracturas del sistema esquelético, las cuales son el principal accidente en esta etapa de la vida (Molt et. al 2010). “Además hay el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, obesidad y sobre peso, diabetes, eventos cerebrovasculares, cáncer de colon y mama, osteoporosis, problemas motores, estrés, depresión, ansiedad y decaimiento físico y emocional y se incrementa la discapacidad motriz, que afecta a más de la mitad de los adultos mayores” (Avila-Funes JA, 2006) y predispone a la fragilidad y a la dependencia al disminuir su autonomía funcional contribuyendo el ingreso del adulto mayor a instituciones como los asilos (Galbán et. al 2007). Es así que entre las 10 principales causas identificadas por la Organización Mundial de la Salud como uno de los factores más peligrosos para la salud y que se relaciona con el estilo de vida, está el



sedentarismo. La falta de ejercicio físico y la inactividad es causa de muchas enfermedades, muertes y discapacidades en el mundo.

Con la edad se produce un deterioro en las funciones motoras que provocan una disminución de la capacidad para desempeñar ciertas actividades de la vida diaria. Esto hace que las personas mayores sean propensas a llevar una vida sedentaria.

La inmovilidad aumenta con la edad. A partir de los 75 años el 50% de los ancianos tienen problemas para salir de su casa y el 50% de los que se inmovilizan de forma aguda fallecen en un plazo de 6 meses. La vida sedentaria favorece el envejecimiento precoz y el riesgo de aparición de numerosas enfermedades, lo que les lleva a que no tengan una buena calidad de vida. Una inmovilidad prolongada hace que se produzcan cambios en los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, siendo los más afectados el sistema cardiovascular y el musculo-esquelético. Como consecuencia de esto surgen diversos tipos de complicaciones, las orgánicas, como pueden ser atrofas de la musculatura, úlceras, trombosis, estreñimiento o incontinencia, las psicológicas como trastornos depresivos, o las de tipo social como el aislamiento. El estilo de vida sedentaria no sólo atenta contra la calidad de vida de la población provocando la aparición de enfermedades, sino que además, tiene un alto costo económico para el país.

A diferencia de las máquinas, que se desgastan, los organismos vivos aumentan su capacidad de adaptación cuanto más usan sus órganos. Por el contrario, cuando no se utilizan todas las estructuras orgánicas, los tejidos se reducen y debilitan. Especialmente los musculares y tendinosos, que se acortan: el músculo se fatiga con facilidad y ese cansancio genera contracturas dolorosas que suelen derivar en molestias crónicas.

La actividad física involucra a todos los sistemas y no sólo al aparato muscular haciéndolos adaptarse a esa actividad. Por su parte la falta prolongada de ejercicio, conocida como sedentarismo o vida sedentaria, incide en las funciones orgánicas, que comienzan a deteriorarse: si por una fractura, por ejemplo, se inmoviliza una pierna, al cabo de unas semanas ésta habrá perdido buena parte de su masa muscular

y casi toda su fuerza, lo que obligará a un proceso de rehabilitación. Ocurre algo similar tras largos períodos de convalecencia en cama.

Cuando se lleva una vida sedentaria, el esqueleto se vuelve frágil y débil y pierde paulatinamente su aptitud para cumplir funciones más allá de los movimientos rutinarios. El hueso, contrariamente a lo que se cree, es un tejido muy activo: a lo largo de toda su vida modifica su estructura interna según los requerimientos de resistencia y tensiones a los que se ve sometido.

El sedentarismo favorece que las personas se vuelvan lentas, malhumoradas, enfermizas y, además, incapaces de realizar acciones que personas de su misma edad pueden hacer fácilmente. Pues el sedentarismo obliga a las personas a cambiar su forma de ser, lo que antes se podía hacer, ahora parece difícil de realizar. Inclusive, una actividad cotidiana como amarrarse los zapatos se convierte en una tarea comprometedora.

En el Ecuador, el sedentarismo aumenta las causas de mortalidad o dicho de otra forma se constituyen en consecuencias que se manifiestan en enfermedades cardiovasculares, de diabetes de tipo II y de obesidad. Aumenta el riesgo de hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, Depresión y ansiedad. Además, es uno de los factores de riesgo para padecer cáncer de colon y de mama, entre otros.

El envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y en pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo (Velasco y Sinibaldi, 2001). Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.

Se puede entender la vejez –etapa final del proceso de envejecimiento– como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo. Es así que la calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad.

Por su parte, Lazarus (1998, 2000) menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control. Además cada vez son menos los adultos mayores que poseen un ingreso que les permita un nivel digno de vida, poniendo en riesgo su supervivencia.

La tercera edad es considerada una parte de la población que se encuentra olvidada, como si la mayor parte de la gente se negara a sí misma el hecho de llegar a esta edad. Por lo que es necesario conocer la situación real a la que se enfrentan los adultos mayores, ya que hoy en día los adultos mayores son víctimas de la soledad, el abandono, el maltrato y la pobreza; además se les niega la participación social, factores que provocan la disminución de sus facultades físicas y mentales.

En la sociedad actual el adulto mayor gradualmente ha perdido poderes y derechos, que lo han marginado de la sociedad, creando una serie de estereotipos negativos de este grupo, considerándolo como persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a la familia a aplicar alternativas como la institucionalización, que por las condiciones negativas como se presenta, no permiten

que el adulto mayor tenga adecuada calidad de vida y, por ende, satisfactorias condiciones de bienestar (Fernández Ballesteros,1997).

Los condicionantes sociales y de salud provocan que los adultos mayores estén obligados a enfrentar con madurez su proceso de envejecimiento, que a su vez según Barros (1994) el adulto mayor debe considerar que el proceso de envejecer bien o mal, sólo depende de su aceptación de ellos mismos dentro de los márgenes fijados por el contexto social, y no sólo de considerar su envejecimiento como una enfermedad, aunque sea condicionada por la sociedad, por la calidad de vida y por los estilos de vida (Solano, 1997).

La calidad de vida en el adulto mayor va a depender de las oportunidades, de las formas en cómo transcurre la vida; no sólo depende de los recursos cuantitativos, sino de cómo es el desarrollo cualitativo de su vida, con quiénes se vincula el adulto mayor, cómo lo hace, adónde se dirige cuando tiene necesidades particulares, a quién frecuenta, etcétera (Rotondi, 2001).

Promover una vejez sana, no es tan sólo, asegurar la alimentación, servicios de salud, confort habitacional, e higiene, muy importante es también una vida útil, productiva e independiente. La vida en sociedad evita la depresión y el aislamiento tan propio de estas edades cuyos achaques más frecuentes no sólo se deben al envejecimiento biológico, sino también a la inactividad y el desuso, y no en pocos casos a la falta de afecto, de la familia y de la sociedad.

Convertirse en una persona sedentaria es, ahora, una manera de vivir muy a la moda, pero provoca que las personas pierdan sus capacidades naturales, por lo que se ha convertido en un punto de análisis importante. Es así que reviste de gran importancia abordar la calidad de vida ya que está incidiendo de una u otra manera en la presencia de enfermedades en el adulto mayor del Centro de Atención para el Adulto Mayor “Los Arupos”. Ya que lo importante es llegar a la vejez, la última etapa del proceso de envejecimiento, con calidad de vida, es decir, rodeado de condiciones no sólo materiales, sino afectivas, emocionales, que brinden un equilibrio tanto económico como social. Es por tal motivo que me planteo el siguiente problema de

investigación: ¿De qué manera incide la calidad de vida en la presencia de enfermedades en el adulto mayor del Centro “Los Arupos”?

### **Formulación del problema**

¿De qué manera incide la calidad de vida en la presencia de enfermedades en el adulto mayor del Centro “Los Arupos” de la ciudad de Loja. Durante el periodo 2013?

### **Preguntas directrices**

¿Cuál será la calidad de vida que presenta el adulto mayor?

¿Cuáles serán las enfermedades que presentan los adultos mayores?

¿Cuáles son las actividades de la vida diaria que el Adulto mayor puede realizar?

¿Será que la calidad de vida tiene alguna incidencia en la presencia de enfermedades del adulto mayor?

### **c. JUSTIFICACIÓN**

La vejez constituye hoy en día uno de los problemas sociales que necesitan de mucha atención, ya que se enfrenta a cambios físicos, mentales, afectivos, emocionales, abandono, etc. La finalidad de este trabajo es conocer la incidencia de la calidad de vida en la presencia de enfermedades en el adulto mayor. Puesto que es de importancia detectar ésta problemática para contribuir a que el adulto mayor lleve una vida plena, buen estilo de vida que le permita llevar a cabo sus actividades del entorno.

Como estudiante de la Universidad Nacional de Loja de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, mediante los conocimientos adquiridos estoy en la capacidad de abordar este tema de gran importancia. Es por eso que a través del proceso de investigación, se conocerá la realidad del adulto mayor, para de una u otra manera intervenir para que el adulto mayor no lleve una vida sedentaria y pueda desenvolverse en su entorno. Además este trabajo investigativo me permite vincularme con la sociedad y relacionar la teoría con la práctica, así mismo, obtener nuevos conocimientos, destrezas y habilidades para la práctica profesional. Es así que surge mi interés por trabajar con esta población que necesita de gran atención. Ya que ésta problemática se encuentra existente en el Centro de Atención para el adulto mayor “Los Arupos”, además se cuenta con recursos humanos, materiales y financieros, que en un tiempo determinado, se podrá llevar a cabo el proyecto para enfrentar la problemática, y de esta manera contribuir con la sociedad.

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida. Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica.

Es por eso que hoy en día se vincula mucho la calidad de vida con enfermedades más aún en el adulto mayor, debido a su condición total en los diferentes ámbitos. Es así que se elabora investigaciones con la finalidad de ayudar a que el adulto mayor lleve una buena calidad de vida aún sea cual sea su estado de salud, es importante que todas las áreas del adulto mayor estén satisfechas, pues sólo así se logrará calidad de vida, siempre con la ayuda de su familia y los que los rodean.

La importancia de la investigación radica en que se va a coadyuvar a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores del centro, por cuanto mediante la realización de ejercicios moderados, actividades dinámicas y realizando lo que esté en sus posibilidades y sobre todo lo que más les guste hacer, ellos tendrán la oportunidad de estar más activos diariamente, y de esta forma se puede evitar que las enfermedades propias de la edad avancen y deterioren la salud física y mental de estos pacientes.

## **d. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Analizar cómo incide la calidad de vida en la presencia de enfermedades en los adultos mayores del Centro Atención para el Adulto Mayor “Los Arupos”.

### **Objetivos Específicos**

- Establecer las enfermedades que padecen los adultos mayores del centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”.
- Precisar el grado de dependencia de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores del centro de atención “Los Arupos”.



## **ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO**

### **1. ADULTO MAYOR**

- 1.1 Definición
- 1.2 Cómo viven los adultos mayores
- 1.3 Situación del Adulto Mayor en el Ecuador
- 1.4 Salud del Adulto Mayor

### **2. CALIDAD DE VIDA**

- 2.1 Definición
- 2.2 Calidad de vida en la tercera edad
- 2.3 Áreas para determinar la calidad de vida en el AM
  - 2.3.1 Vida intelectual
  - 2.3.2 Vida emocional
  - 2.3.3 La vida física
  - 2.3.4 Vida Familiar
  - 2.3.5 Vida Social
  - 2.3.6 Vida Económica
  - 2.3.7 Vida Laboral
  - 2.3.8 Vida Espiritual
- 2.4 Actividades del adulto mayor
  - 2.4.1 Actividades básicas de la vida diaria
  - 2.4.2 Actividades instrumentales de la vida diaria
  - 2.4.3 Actividades avanzadas de la vida diaria
- 2.5 Evaluación de la calidad de vida

### **3. ENFERMEDADES EN EL ADULTO MAYOR**

#### **3.1 Enfermedades Físicas:**

- 3.1.1 Alzheimer
- 3.1.2 Parkinson

3.1.3 Diabetes

3.1.4 Atrofia muscular

3.1.5 Obesidad

3.1.6 Úlceras

3.1.7 Hipertensión

3.1.8 Arterioesclerosis

**3.2 Problemas Psicológicos:**

3.2.1 Depresión

**3.3 Problemas sociales:**

3.3.1 Aislamiento

**4 LA CALIDAD DE VIDA Y SU INCIDENCIA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES EN EL ADULTO MAYOR**

4.1 Introducción

4.2 Calidad de vida en personas con enfermedades crónicas

4.3 Salud como comportamiento

## **e. MARCO TEÓRICO**

### **1. ADULTO MAYOR**

#### **1.1. Definición**

“Gerontología se ocupa de estudiar la relación entre lo orgánico, lo psicológico y lo social desde una mirada interdisciplinaria y comprendiendo al envejecimiento como un proceso evolutivo normal, esperable e influenciado por el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el adulto mayor” (Klin, 2003).

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos. El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. de la vejez. Además de todas las definiciones que encontremos, es igual de importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad; de los mismos ancianos, de sus familiares, de sus nietos, etc.

Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros a partir de los 65-70. Otros simplemente dicen que es una definición social.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos

o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. O sea que en Ecuador es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.

Si le preguntamos a una persona de 65 ó 70 años su definición de vejez, lo más seguro es que se definiría a sí mismo o tal vez a su cónyuge o alguna amistad. Si le preguntamos a alguien de entre 40 y 55 años, nos respondería pensando en sus padres. Si le preguntamos a alguien entre los 15 y 30 años nos respondería pensando en sus abuelos y si le preguntamos a un niño, nos respondería pensando en sus abuelos o tal vez bisabuelos. La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia; es por eso que para alguien la vejez la puede describir como una etapa feliz y satisfactoria en la vida; pero tal vez alguien más, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimientos, etc.

Al adulto mayor se lo ve como una imagen de incapacidad, de soledad por estar en una etapa productiva terminada, no debería ser así ya que es fuente de conocimiento, de anécdotas, leyendas e historias. Más bien debemos contribuir a que el adulto mayor tenga un estilo de vida saludable.

El envejecimiento es un proceso dinámico y multifactorial que no se puede definir en términos cuantitativos. A lo largo de este proceso, los organismos comienzan a perder su capacidad de realizar ciertas funciones biológicas, incluso ante la ausencia de enfermedad. Cabe destacar que vejez no es sinónimo de enfermedad aunque si puede involucrar un mayor número de padecimientos (Ribera, Milán & Ruiz, 2006).

Seneca (1990), “tenía una opinión más equilibrada de la vejez, describiéndola como la edad avanzada llena de satisfacciones, señalando que la verdadera vejez no se

relaciona con los años y sí con la sabiduría”. En cambio que Ortiz (2003) “menciona que la vejez es el último estadio en el proceso vital de un individuo”.

Padilla (2002), “manifiesta que esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios”.

Sí decimos que el envejecimiento es un proyecto de autorrealización que se va desarrollando durante toda la vida, se podría entonces decir que la vejez es la última etapa para concluir nuestro proyecto de vida.

“Hay que tomar en cuenta como factor importante que este proceso de envejecimiento se ve afectado por problemas de salud, dolor, angustia, soledad, pérdida de un valor social real, por lo que se hace indispensable crear alternativas para esta población; actividades en las que ocupen el tiempo libre, participando en acciones que la beneficie física, social, mental y espiritualmente” (Ballester, 1999, Pág, 2)

Es aquí donde la actividad física y recreativa programada y sistemática en adultos mayores, juega un papel primordial. Contribuye a la mejoría sustancial del bienestar físico, mental y emocional del adulto mayor.

“El hecho de relacionarse y compartir las jornadas de ejercicio con los demás, permite superar problemas de índole social y emocional y así poder dar solución a otros conflictos que son bien interpretados por el mismo grupo etario. Además el hecho de luchar por sentirse mejor y poder disfrutar de la vida sin acarrear tantas complicaciones de salud, es un estímulo para que haya una mejor calidad de vida” (Ballester 1999.Pág 2).

Asimismo, Ballester (1999) menciona que “una actitud positiva ante la vida, es una cualidad que deberíamos poseer todos los individuos, pero quizá lo sea más a una edad avanzada, en donde los últimos años de la vida constituyen una época de cambios y adaptaciones continuas (jubilación, viudez, divorcios), para la cual se dispone de toda una gama de experiencia, sabiduría, intereses, conocimientos y

tolerancia” (pág. 3). De aquí se desprende la gran importancia que tiene el analizar y conocer más a fondo las características y consideraciones de este grupo etario.

Así surge el cuestionamiento respecto al nivel de calidad de vida que poseen los adultos mayores que realizan ejercicio en relación con aquellos que se mantienen sedentarios. En este sentido, Portillo (2002) manifiesta que la práctica físico deportiva regular produce efectos positivos en la calidad de vida del adulto mayor y que “El hábito deportivo-recreativo no sólo ayuda a frenar el proceso de envejecimiento biológico, sino que es un contexto privilegiado en el que se puede ver satisfecha la necesidad de alcanzar logros, éxito, dominio y seguridad, y con ello, mantener o restablecer una actitud de vida positiva”.

## **1.2. Cómo viven los adultos mayores**

A medida que aumentan las esperanzas de vida, el grupo de americanos mayores de 85 años se amplía rápidamente. Finalmente, muchos no podrán vivir solos y al final realizarán el último tipo de traslado, la emigración de ayuda. Generalmente se van a vivir con los hijos, van a una residencia o algún otro tipo de institución.

“La mayor parte de AM que viven con los hijos, o bien pasan de los 85 años, o son víctimas de alguna enfermedad degenerativa crónica. Los investigadores predicen que más de un tercio de americanos vivirá con algún hijo adulto en algún momento de su vida” (Guy Lefrancois. Pág. 408, 491).

Depender de un hijo, también puede situar a los mayores en una situación de presión. A veces, los cuidados en el hogar son imposibles y la persona mayor ha de ingresar en algún tipo de institución que pueda ofrecer los cuidados requeridos. Pero de su regreso al hogar dependerá de su situación de salud.

### **1.3. Situación del Adulto Mayor en el Ecuador**

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades. Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable.

“En la segunda mitad del siglo pasado, la población ecuatoriana mejoró su esperanza de vida, pues pasó de 48,3 años en 1950-55 a 75,6 años en 2010-15” (CEPAL, 2012). Esto permitió que muchos ecuatorianos aumentaran su calidad de vida y alcanzaran edades mayores.

El envejecer bien es el ideal de todos, pero una vejez positiva solamente puede ser el resultado de una vida enmarcada en los parámetros que encierra el bienestar social.

El proceso de envejecimiento difiere de acuerdo a la condición social. Debido a ello es necesario continuar desarrollando propuestas con alternativas y espacios que permitan mejorar las condiciones de vida a través de planes, programas y proyectos donde las personas adultas mayores sean entes activos en un proceso de inclusión social con la familia y la sociedad.

“En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores. La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres” (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010). En el área rural, 8 de cada 10 personas adultas mayores padecen de pobreza y extrema pobreza. La causa de esta situación expuesta es la dificultad que enfrentan los adultos mayores para generar ingresos monetarios, debido principalmente a que,

con el envejecimiento y a medida que aumenta la edad, la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa disminuye por no existir plazas laborales adecuadas a su condición.

“Según estudios realizados, únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo” (Encuesta ENEMDUR, 2003-2009). “Con respecto al total de adultos mayores que viven solos, la encuesta SABE (2009) revela que 132.365 ancianos viven en esa condición. De este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes, lo que evidencia poca responsabilidad de la familia por sus adultos mayores, a quienes consideran “poco útiles” y abandonan a su suerte”.

Una particularidad de nuestro país, que cobró fuerza con la crisis económica de 1999-2000 y el consecuente éxodo masivo de adultos jóvenes fuera del país o hacia otras regiones, es un importante número de personas adultas mayores que tienen en sus hogares y bajo su cuidado, a nietos con padres ausentes (probablemente emigrantes): 6% en 2001 y 5% en 2010.

Se estima que la población económicamente activa (PEA) de personas adultas mayores en el Ecuador permanece constante en los últimos años, mientras que la tasa de desempleo muestra una disminución importante.

“Para el año 2009, las características de ocupación de las personas adultas mayores indicaba que 56% de esta población obtenía ingresos económicos por cuenta propia, 25% refería estar en condiciones de asalariados, 7% en calidad de patronos, 10% realizaba oficios con familiares sin remuneración y 2,1% estaba en el servicio doméstico” (encuesta ENEMDUR, 2003-2009).

#### **1.4. Salud del Adulto Mayor**

La salud es considerada por la OMS, como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y la simple ausencia de enfermedades. La actividad física y el deporte, junto a los hábitos higiénicos y alimentarios son herramientas claves para combatir la vida sedentaria.



El problema ya no es sólo lograr que las personas vivan más años, sino darles la mejor calidad de vida a esos años. En esta etapa de la vida, las enfermedades crónicas pueden ser más frecuentes, imponer más limitaciones y requerir más cuidados.

“Algunos de los problemas más frecuentes que afectan la salud de los AM y que pueden ser abordados desde la psicología son:

-Reacciones de adaptación a los cambios y situaciones frecuentes en esta etapa: jubilación, reducción de los recursos económicos, viudez, disminución del liderazgo en el seno familiar, muerte.

-Aumento de las limitaciones impuestas por las enfermedades crónicas, adaptación a las rutinas personales cotidianas a las exigencias de los tratamientos de esas enfermedades.

-Disminución de las oportunidades de uso placentero del tiempo libre.

-Aislamiento social y disminución de la autoestima, estados depresivos”(Francisco Morales. Pág. 179,180, 181, 183, 184,185)

## **Salud Mental**

Casi todas las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental. No obstante, la educación, la cultura y la experiencia adquirida durante la vida constituyen una buena base para reentrenar o reaprender las habilidades que van disminuyendo.

Así también, la vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos. Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser el detonador de algún problema de salud mental.

Algunos de estos retos pueden ser:

\*Vivir con una enfermedad crónico-degenerativa que obliga a modificar su independencia y formas de vida activa.

\*La pérdida de la pareja, de algún amigo o de algún miembro de la familia.

\*Aislamiento y soledad.

\*Un escaso ingreso económico.

\*Modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.

Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de muchas maneras, por lo que en ocasiones es difícil reconocerlas. Se confunden con dolencias o enfermedades físicas. También pueden ser negadas por la familia y los amigos, o mal interpretadas como una parte normal del envejecimiento. A continuación veremos las manifestaciones de los diferentes problemas de salud mental que se pueden presentar en la persona adulta mayor.

El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose así mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, aún en la familia, ya no se diga en la sociedad. Por lo tanto sufren la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los lleva inclusive a la depresión.

En ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin las herramientas que le permiten su adaptación, tales como la motivación o refuerzos sociales. Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además de que siente que la sociedad no lo valora en la forma en que el adulto mayor considera que sería lo justo.

Por otra parte, encontramos que existen adultos mayores que son más intelectuales o permanecen mentalmente activos, los cuales son capaces de enfrentar su vejez con mayor serenidad que aquellos cuya vida carece de sentido. Es de ellos de quien se debe aprender.

## **2. Calidad de vida**

### **2.1. Definición**

La calidad de vida es sin duda, un tema liado y sobre el cual los investigadores sociales les ha sido difícil lograr un avance. “El concepto Calidad de vida no es nuevo, la aparición en 1974 de la publicación social Indicators Research, marcó un hito en el estudio científico de la calidad de vida. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus, y en palabra clave en sistema Medline, aunque realmente su uso llegó a ser popular entre los investigadores de la salud durante la década de los años 80 (García, 2005).

La OMS concibe la calidad de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales está en relación con sus objetivos y expectativas; patrones y preocupaciones. Desde que en 1987 la Organización Mundial de la Salud, definió la salud, no como la ausencia de enfermedades, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social (OMS, 1987), el estudio de la Calidad de vida como categoría esencial dentro de las ciencias de la salud, ha reclamado una especial atención. Por otro lado, se ha comprobado que la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación social. En este sentido se entiende 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 las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad (OMS, 2002).

La calidad de vida es definida como: "Percepción de un individuo de su posición en la vida, dentro de un contexto de la cultura y del sistema de valores en donde vive y, en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. Es un concepto de amplia gama, incorpora en forma compleja la salud física, estado psicológicos, nivel de independencia, relaciones sociales, personales, y creencias a los rasgos dominantes en su entorno".

Para Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002), la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a

servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Giusti (1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Por otro lado, a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida, Levi y Anderson (1980) delimitan el concepto y señalan: “entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa”. Por tanto, es indudable que el concepto calidad de vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas.

El concepto de calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia (Nieto et al., 1998)

Por lo que, como menciona Fernández-Ballesteros (1998), el concepto de calidad de vida debe incluir tanto las condiciones subjetivas relacionadas con la evaluación o apreciación del sujeto, como las objetivas, es decir, las condiciones materiales evaluadas independientemente del sujeto. De tal forma que para estudiar la calidad de vida se debe considerar tanto la apreciación subjetiva que el sujeto hace de su vida como la medición de sus condiciones objetivas.

Así, el concepto de calidad de vida, como lo señalan Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de

hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva.

Una de las propuestas más comprensivas sobre el concepto calidad de vida es la que presenta Katschnig (2000), quien la refiere como un término que debiera estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida en el que se utilizan indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos.

Sin embargo, se requiere de una definición en la que se incorporen de una manera integral a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos importantes del medio ambiente. De ahí que parece apropiada la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la ha definido de manera incluyente: “La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”. (Harper y Power, 1998, p. 551), definición en la que se contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos.

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

Ahora bien, ¿qué es lo que determina que una persona tenga una vida de calidad, sentimientos de satisfacción y bienestar, en determinadas áreas de la vida y cuáles son estas? Las que mejor predicen que las personas disfruten de una buena calidad de vida.

Calidad de vida del adulto mayor, según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”.

Krzejmen (2001) sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”.

Según Martín (1994), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa”.

Eamon O'Shea (2003) sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”.

## **2.2. Calidad de vida en la tercera edad**

El envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de

los recursos con los que en ese momento cuente el individuo (Velasco y Sinibaldi, 2001). Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.

Se puede entender la vejez –etapa final del proceso de envejecimiento como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo.

Por su parte, Lazarus (1998, 2000) “menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control”.

“Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la “fragilidad” física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población” (González-Celis, 2009b). Esta depresión es en gran medida propiciada también por la segregación discriminación de la que son objeto las personas de la tercera edad, debido a la óptica de cultura occidental en la que la valoración social se basa en la apariencia, capacidad física, competencia y productividad, cualidades que presentan relación inversa al paso de los años,

generando así restricciones que disminuyen las posibilidades de mejoramiento de su calidad de vida.

Existen tres formas de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso. Se entiende que es un envejecimiento normal cuando se presentan en el individuo una serie de pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles e irreversibles en los tres niveles –biológico, psicológico y social–, que lo llevan incluso hasta la muerte.

En el envejecimiento patológico, esta serie de cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles simultáneamente. Sin embargo, una tercera forma de concebir a la vejez, es cuando no sólo se presentan pérdidas o deterioros, sino al mismo tiempo se observan una serie de ganancias, y se promueve que las personas mayores aprendan a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias.

Esta forma de concebir a la vejez se conoce como envejecimiento exitoso, saludable o en plenitud (Baltes y Baltes, 1993). Para lograr una vejez exitosa estos autores proponen seguir el modelo SOC que consiste en la selección-optimización-compensación de funciones y/o actividades, que bien vale la pena mencionar que puede aplicarse para cualquier edad y para cualquier función u objetivo; sin embargo, para el caso de personas de la tercera edad, en virtud de la serie de pérdidas y deterioros que se dan conforme envejecen, para llegar a una vejez exitosa, se sugiere seguir dicho modelo, que consiste en seleccionar de todas las funciones y/o actividades que aún conservan y/o realizan, aquellas que al llevarlas a cabo les producen satisfacción y bienestar. Una vez que se hayan seleccionado las actividades a realizar, optimizar los esfuerzos para ponerlas en práctica; y en caso de que no cuenten con todos los recursos o estén deteriorados por el paso del tiempo, compensar o sustituirlos por paliativos, como el uso de lentes de aumento para una mejor visión, o bastón o andaderas para caminar, o aparatos auditivos para mejorar la audición; o el uso de una agenda o cuaderno de notas para anotar lo que pudiera olvidarse o simplemente como un recordatorio.



Así, González-Celis y Sánchez-Sosa (2003) mencionan que en la vejez no sólo se dan pérdidas y deterioros, sino también se despliegan nuevos aprendizajes y se obtienen ganancias. Esta nueva forma de concebir a la vejez se le conoce como una vejez exitosa y se presenta cuando las personas mayores se mantienen física y mentalmente activas, además de adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyos sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales.

En este sentido, la labor del psicólogo está encaminada a ayudar en el proceso de adaptación por medio del fomento de independencia del anciano, integración con su medio, creación de una imagen positiva de la vejez, y el permitir que la persona mayor se sienta útil, promoviendo así un envejecimiento sano y funcional, con una mejor calidad de vida. De ahí la importancia de conocer cuáles son las el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

La calidad de vida es un concepto amplio, totalmente subjetivo y multifactorial, influido por factores relacionados con la salud, el estado emocional y por aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales. Cuando se habla de la calidad de vida en el contexto de la enfermedad, se define con base en cómo se siente el paciente ante la enfermedad, así como su percepción ante las limitaciones que la misma enfermedad le provoca; por lo tanto, cuando se habla de la calidad de vida en relación con la condición de salud, se deben distinguir en la definición dos conceptos: el estado de salud y la capacidad funcional, como indicadores relevantes que permitan reconocer en el concepto la orientación de su definición hacia los estados de salud del individuo (Güell y Morante, 2007).

Iniciamos con la noción general de calidad de vida, que García Riaño (1991) define como un concepto útil tradicionalmente unido a la salud y a los estados funcionales, como el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas (económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, etc.) que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre. Los factores subjetivos están determinados en última instancia por la valoración que el sujeto hace de su propia vida en función del nivel de satisfacción que alcanza en las esferas o dominios más importantes de su vida.

Posteriormente la OMS (1994) inició su labor de conceptualizar la calidad de vida de un individuo “En función de la manera en que el individuo percibe su posición en la vida, en el contexto de la cultura, sistemas de valores en el cual ellos viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. Todo ello matizado por supuesto por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales; no se ha de tener en cuenta el monto absoluto o relativo de los ingresos, sino el grado de satisfacción que proporcionan esos ingresos; tampoco se tomará en cuenta el número de horas de sueño, pero sí todo problema que se le plantee al individuo en relación con el mismo (OMS, 1994, citado en Brayne, 1995: 402).

La OMS (1992) incorpora en el concepto de calidad de vida a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las características de su ambiente, como el medio sociodemográfico, arquitectónico y sanitario que de alguna manera afectan las capacidades funcionales primarias de protección, salud de una persona y en su búsqueda de la satisfacción de sus deseos dentro de una descripción de la buena calidad de vida.

La calidad de vida no es un “estado”, es un fenómeno social complejo y un proceso activo que incluye la producción, distribución y percepción social de ciertos valores, objetivos y subjetivos, que son los que condicionan lo que se llama “calidad de la vida”, que es la que a su vez condiciona el grado de satisfacción o insatisfacción de la población, vale decir, el nivel de bienestar alcanzado (San Martín, 1997, citado en Cardona, 2003: 24).

En el Programa de Salud Mental de la OMS realizado en el Foro Mundial de la Salud de 1996, se definió a la calidad de vida como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones; todo ello matizado por las dimensiones (facetas): física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); psicológica (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal,

sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales) (Orley, 1996, citado en Cardona, 2003: 24).

Una perspectiva de Solano (1997, citada en Barreto, 2008), en relación con la calidad de vida del adulto mayor sugiere que el envejecimiento del organismo no sólo es un proceso individual y colectivo, sino que éste depende en su mayoría de la sociedad, de las condiciones de vida y de los estilos de vida.

La calidad de vida del adulto mayor se relaciona con su proceso vital autónomo, con el reconocimiento de su pasado y de la proyección de su futuro dentro de su propia historia de interacciones significativas con la participación del medio social, considerándose como un ser social. Se concreta que la calidad de vida del adulto mayor resulta dependiente no sólo del componente biológico, sino también de las condiciones del medio ambiente y de su representación social que tiene en una sociedad (Krzemien, 2001: 3).

De acuerdo con esto parece apropiada la definición de Delgado (1998), para quien calidad de vida es:

[...] el grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, determinado por la satisfacción de sus necesidades fundamentales, entendidas éstas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado (Delgado, 1998: 2).

Al ser la salud el eje integrador de la calidad de vida, por consecuencia es necesario que el adulto mayor perciba que la sociedad lo acoge y le proporciona redes de apoyo que satisfagan su necesidad de salud, seguridad y protección; esta integración social en el adulto mayor se transforma entonces más en un medio que en un fin en sí mismo, medio que aporta parte del sustento psicológico del desarrollo de la vida en

los estados de edad más avanzada. Una de las grandes debilidades que ocasiona que el adulto mayor manifieste una disminución de su calidad de vida y que también le afecta en sus relaciones interpersonales y en la satisfacción de sus necesidades, es su dependencia económica, pero al tener cubierto este factor, el anciano se siente protegido, seguro de sí mismo y con mayor control de sus emociones.

Una buena calidad de vida en el adulto mayor también es adquirida cuando éste forma parte de un grupo, lo cual constituye una fuente de relaciones interpersonales de carácter afectivo donde prima el respeto y se valora al adulto mayor; el grupo también le proporciona actividades de entretenimiento y expansión; el trabajo en conjunto potencia las energías para la realización de las actividades, pero también aporta un sentido de pertenencia y de solidaridad entre los adultos mayores; el grupo produce un sentido de pertenencia e identidad a sus participantes.

No hay duda de que el concepto de calidad de vida va ligado al elemento esencial de estar sano, dentro de una sociedad que nos pueda dar años a la vida, y ahora lo que queremos es dar vida a todos y cada uno de nuestros años; esto quiere decir que se trata de un concepto subjetivo, propio de cada persona, con una notable influencia del entorno en el que vive, de sus condiciones y estilos de vida; es aquí en donde al adulto mayor le concierne considerar las características que se manifiestan como un proceso saludable y vigoroso; en las últimas dos décadas esta población ha estado por debajo de los 80 años, cuya percepción de sí mismos les ha permitido no sentirse viejos y disfrutar de su envejecimiento de manera activa.

### **2.3. Áreas para determinar la calidad de vida en el AM**

#### **2.3.1. Vida intelectual**

Lo intelectual es lo que diferencia al hombre de los demás seres vivos. Los seres humanos tenemos la capacidad de pensar, de formular conceptos y juicios y comunicarlos a través del lenguaje. Tenemos esta capacidad y cotidianamente la utilizamos.

Teniendo en cuenta que la recepción de información depende de los sentidos y que el procesamiento de la información tiene como soporte el Sistema Nervioso Central, una primera conclusión es que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. En definitiva, el ser humano mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con el más joven, sobre todo cuando las tareas que se le demandan requieren muchos recursos atencionales. No obstante, conviene también resaltar que esos cambios o declives en las primeras fases del procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida.

Uno de los principales cambios cognitivos durante la edad adulta avanzada está relacionado con la disminución en la velocidad del desempeño (tanto mental como físico). Los estudios plantean que las funciones intelectuales que dependen de dicha velocidad declinan en los ancianos: tienen mayores tiempos de reacción, capacidades más lentas de procesamiento de las percepciones y en general procesos cognitivos menos rápidos. Esto puede deberse a que los adultos avanzados parecen apreciar más la precisión que los jóvenes.

En los adultos avanzados, otro aspecto que ha sido arduamente estudiado es el relacionado con el desempeño a nivel de la memoria. No cabe duda de que el procesamiento de información lleva consigo el aprendizaje, la retención o la memoria de esa información. Tras el examen de los distintos tipos de aprendizaje, los autores ponen de relieve que, amén de requerir un mayor número de ensayos de aprendizaje y mayores tiempos de ejecución, las personas mayores (en comparación con las más jóvenes) tienen una amplia capacidad de aprendizaje.

Un alto porcentaje de personas mayores afirman tener fallos en el recuerdo de nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer, si han apagado el gas y otros muchos eventos de la vida cotidiana. Tan solo la memoria de trabajo (también llamada operativa y la memoria episódica sufren cambios negativos asociados a la edad.

### **2.3.2. Vida física**

La salud, definida por la OMS como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, es un don que los seres humanos pueden adquirir y conservar o que pueden perder irremediablemente. Para la conservación de un cuerpo saludable se identifican cuatro factores como vitales: alimentación, ejercicio, descanso y evitación del estrés.

Cada vez son más las evidencias científicas que relacionan un adecuado estilo de vida con la mejora en la calidad de la misma. Los programas de actividad física deben incorporarse a las tareas diarias de cualquier persona pero muy especialmente a la población de mayores. Incorporando actividades de carácter multidimensional que procuren mejoras en capacidades fisiológicas, emocionales y psicológicas. El ejercicio físico tiene un efecto sobre los sistemas retrasando la involución de éstos de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

Es de suma importancia el fomento de la actividad física en todas las personas, como factor favorable para mejorar la calidad de vida de las personas, y más aún, en personas mayores, en el que su calidad de vida se ve reducida por la dependencia y enfermedades crónicas que en este grupo se produce con más frecuencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (OMS, 1998).

Cada vez son más las evidencias científicas que relacionan un adecuado estilo de vida con la mejora en la calidad de la misma. La actividad física es uno de los parámetros que, en mayor medida, contribuye a alcanzar y mantener unos niveles de desarrollo físico, psíquico y social acordes a la evolución y necesidades de cada persona. Con una práctica continuada y adecuada, que estimule los diferentes órganos y sistemas, se podrán conseguir efectos beneficiosos sobre múltiples

factores, que permitan elevar las expectativas de vida activa y prevengan la discapacidad, que con frecuencia acompaña al propio proceso de envejecimiento.

Los programas de actividad física deben incorporarse a las tareas diarias de cualquier persona pero muy especialmente a la población de mayores. Incorporando actividades de carácter multidimensional que procuren mejoras en capacidades fisiológicas, emocionales y psicológicas.

El ejercicio físico tiene un efecto sobre los sistemas retrasando la involución de éstos de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

### **2.3.3. Vida emocional**

La emoción puede ser entendida como un estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos (Orbis, 1985).

Cuando vemos a los adultos mayores de hoy nos damos cuenta lo lejos que están de aquellas concepciones estereotipadas sobre la inactividad y la tristeza. Es muy común ver a personas mayores saludables y activas, llevando a cabo alguno de los pasatiempos que no habían tenido tiempo para realizar o disfrutando de sus pasiones de antaño, abundan las personas mayores con estados de ánimo llenos de jovialidad y alegría que recuerdan el pasado no con nostalgia sino con placer.

Para hablar de estas personas que con los años siguen fomentando la actividad, la vida en plenitud y el desarrollo de su propio proyecto de vida, decimos que han cultivado un envejecimiento exitoso, que va más allá de solamente pensar en una vejez saludable pues involucra aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la persona.

La pregunta que surge entonces es: ¿por qué algunas personas pueden envejecer exitosamente y otras desarrollan hábitos poco saludables? Sabemos que no existen recetas para la vida, pero sin duda parte de la respuesta a esta cuestión radica en la inteligencia emocional.

La inteligencia emocional involucra nuestra capacidad de reconocer y darle sentido a toda la maraña de sensaciones y emociones que nos invaden con el día a día. Aunque pareciera algo bastante sencillo, el poder darnos cuenta de las cosas que sentimos arrojará gran luz sobre cómo pensamos y actuamos, nos permitirá manejar de una forma más efectiva nuestra emocionalidad y explotar al máximo nuestra alegría, satisfacción y júbilo, mientras que nos dará herramientas para aceptar la tristeza, la ira y el dolor inherentes a estar vivo.

El conocer y manejar de forma adecuada nuestras emociones nos permite tener relaciones más satisfactorias con nuestros seres queridos, además de iniciar nuevas amistades. Nadie quiere ser el abuelo regañón que critica fuertemente las acciones de los nietos y que a la vez se queja de lo poco que lo visita. Manejar con inteligencia las emociones nos permite vincularnos con los demás y evitar arranques de ira o estrés, como bien decía el filósofo griego Aristóteles refiriéndose a la serenidad necesaria para manejar las emociones y en este caso al enojo: "Enojarse es fácil, pero enojarse en la magnitud adecuada, con la persona adecuada, en el momento adecuado eso es cosa de sabios".

La no es exclusiva de una edad, todos podemos desarrollarla en cierta medida, sin duda explorar nuestra emocionalidad nos lleva a recorrer caminos inhóspitos encontrando momentos que nos harán reír, llorar, recordar o disfrutar, pero el beneficio es grande: traerá efectos positivos en nuestra autoestima y conseguiremos extender una red de apoyo integrada por personas que estén gustosas de poder apoyarnos cuando lo necesitemos. Vivir desarrollando la inteligencia emocional es vivir en plenitud y nos ayuda a recordar que ¡Ser mayor es vivir a lo grande!

#### **2.3.4. Vida física**

La salud, definida por la OMS como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, es un don que los seres humanos pueden aquilatar y conservar o que pueden perder irremediabilmente. Para la conservación de un cuerpo saludable se identifican cuatro factores como vitales: alimentación, ejercicio, descanso y evitación del estrés.



Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

### **2.3.5. Vida Familiar**

Tradicionalmente se ha considerado la familia completa como un grupo constituido por el padre, la madre y los hijos; éstos juegan diferentes roles dentro del grupo. Son partes esenciales para la calidad de vida familiar: la pareja, los hijos, los hermanos y los padres.

La tercera edad no supone un parón en la vida de la persona, sino más bien un proceso continuo de crecimiento en el que los mayores siguen ocupando un lugar en la sociedad y desempeñando un nuevo rol.

El equilibrio afectivo en esta etapa pasa por la aceptación de uno mismo, de los fracasos y de los logros conseguidos. Es el momento de seguir planteándose nuevas metas y nuevos intereses. Nunca debemos olvidar que mientras se vive se conserva la capacidad para disfrutar de los placeres que la vida nos ofrece.

Siempre se ha creído que cuando se envejece, hay una desconexión de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción de la exigencia productiva a la persona. La tercera edad así planteada, puede percibirse como una pérdida, y esa ruptura en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como el alejamiento de las relaciones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), la carencia afectiva percibida en cuanto a la relación con los hijos (nido vacío), y la escasez en lo que se refiere a las relaciones con parientes y amigos que se van dejando como consecuencia de la distancia o la muerte. Así vista, la vejez implicaría una transición negativa hacia la soledad y el desconcierto, pero nada más alejado de la realidad, para su adecuada adaptación es necesario reestructurar muchas rutinas diarias y reorientar pensamientos y comportamientos para una mejor integración y socialización en la etapa que se está viviendo.

### **2.3.6. Vida Social**

Es resultado de las interacciones que los seres humanos tenemos con otros seres humanos.

El sistema cultural es parte de los otros sistemas, y a la vez existe independientemente, pues constituye el acervo de conocimientos, símbolos e ideas, elementos del sistema social y el de personalidad, pero que no se convierten completamente en parte de estos. En la sociedad actual, estamos viviendo constantemente grandes cambios, sean estos económicos, políticos, en ámbitos de la salud, educación etc. Debemos dar espacio para que los adultos mayores puedan comenzar a vivir esta etapa, pero por ellos hay que hacerla eterna, después de todo ellos ya hicieron un aporte en la construcción social, gracias a ellos se han creado otras cosas como cambios en los fenómenos sociales, como los actores sociales que han luchado por que se respeten los derechos y se creen nuevas formas de protección social, así mismo la creación de nuevas reformas, agregar que como sociedad tenemos muchos desafíos para cumplirles a nuestros adultos mayores, nuestras familias, amigos, y finalmente nosotros mismo ya que somos futuros adultos mayores. Los desafíos de nosotros como profesionales es canalizar las áreas de atención que vallan enfocadas a los Adultos Mayores, las políticas públicas diseñadas a la demanda de ellos como todas sus necesidades y problemas.

### **2.3.7. Vida Económica**

Schopenhauer decía, el hombre gasta su salud en aras de obtener dinero y en la vejez gasta ese dinero tratando de recuperar su salud.

La seguridad económica de las personas adultas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de Para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias. A pesar de la importancia del concepto, a

primera vista podemos notar que tiene muchas implicaciones y encierra gran complejidad, pues no sólo denota que los adultos mayores tienen recursos, sino cuántos tienen (que además sean suficientes), la periodicidad con que los reciben (que deben llegarles regularmente) y, además, que los adultos mayores tengan plena disponibilidad de esos recursos. Para fines de este artículo, tratar de responder todas estas cuestiones sin duda sería ambicioso, pues primero se tendría que definir objetivamente a qué se considera suficiente, a qué regular, y bajo qué condiciones se puede afirmar que el adulto mayor es capaz de disponer de sus recursos. Por eso es necesario advertir que si bien nos remitimos a este concepto de seguridad económica por ser el que nos permite realizar un estudio conjunto de las distintas fuentes de ingreso, esta investigación buscará un acercamiento indirecto al mismo, limitándose a identificar si los adultos mayores cuentan con recursos, de qué tipo son monetarios o no monetarios, la fuente de donde los obtienen y, fundamentalmente, las características de la población que cuenta con ellos.

#### **2.3.8. Vida Laboral:**

El retiro del trabajo produce un gran impacto psicológico; llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, ocasionado por pérdida de su identificación dentro de la sociedad, se siente que no es nadie y pierde su sociabilidad. Tiene restricciones económicas al recibir una pensión inferior al ingreso percibido por trabajo remunerado, como también dispone de mayor tiempo libre, se siente inútil sin saber cómo llenarlo.

El estado de salud, sin duda, condiciona la situación laboral de los ancianos, si se toma en cuenta que aquél depende el aprovechamiento integral de las aptitudes, saberes y capacidades de los individuos, así como sus niveles de dependencia física. En este sentido, el autor reporte de salud y el reporte de enfermedades diagnosticadas como indicadores de las condiciones de salud de un individuo. Según estos estudios, a nivel nacional, la diabetes y la hipertensión arterial son dos de las enfermedades que más prevalecen entre la población envejecida en la mayor parte del mundo y que afectan mayormente al género femenino. Otros de los padecimientos que más afectan

a los ancianos y que son parte de la nueva epidemiología en la vejez son: el reumatismo, la artritis, las enfermedades cardiovasculares, la pérdida auditiva y de la vista, y los trastornos de la memoria, entre otras, las cuales generan determinados grados de discapacidad y limitan las oportunidades laborales.

### **2.3.9. Vida Espiritual**

La vida espiritual es una búsqueda incesante para los ancianos de buscarse a sí mismos; búsqueda de sentido de vida, de razón de ser. La espiritualidad es la capacidad que tenemos los seres humanos de comunicarnos con la parte más primitiva de nuestro ser, con nuestra “parte sabia”, aquella que nos conoce desde siempre: nuestro yo interno.

En el adulto mayor la espiritualidad se conecta con todas sus experiencias místicas y religiosas, y con las enseñanzas de vida de las personas que marcaron de una u otra forma su existencia hasta su aquí y su ahora.

Generalmente, la religión que cada adulto mayor ha profesado incide en su espiritualidad, no obstante, la forma en la que ésta se manifiesta va más allá de ritos, rituales o cultos. Se trata más bien de un verdadero contacto con el yo interno del que hablamos más arriba. Los tanatólogos, psicólogos, terapeutas, geriatras, coincidimos en que en esta etapa de la vida, un adulto mayor puede expresar y satisfacer de las dos formas su espiritualidad, ya sea con determinados rituales o internamente a través de reflexiones sobre lo que ha sido su vida.

## **2.4. Actividad del Adulto Mayor**

### **2.4.1. Definición**

“El origen del término de las actividades de la vida diaria es relativamente reciente y surge dentro del ámbito de la salud. Su primer uso está relacionado con una lista de comprobación de treinta y siete actividades, en la obra titulada *The physical demands of daily life*” (Deaver y Brown, 1945). No obstante, este médico y fisioterapeuta no llegaron a definir qué eran las actividades de la vida diaria. Cinco años más tarde, en 1950, se publicó otra “escala de actividad de la vida diaria, esta vez desarrollada por

terapeutas ocupacionales, dirigida a evaluar las destrezas de los niños con parálisis cerebral” (Romero y Martorell, 2003).

Habría que esperar a finales de los años 70 y primeros de los 80 para encontrar las primeras definiciones formales de las actividades de la vida diaria. “La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A) elaboró la primera definición de actividades de la vida diaria” (Moruno, 2003). “En ella se indica que los componentes de las actividades diarias incluyen el cuidado personal, el trabajo y el juego o actividades lúdicas” (Reed y Sanderson, 1999).

Más tarde, se definirían las “actividades de la vida diaria como las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento” (Reed & Sanderson, 1980). Ann Catherine Trombly (1983) conceptualizaría del mismo modo las AVD, enfatizando el valor que tienen las mismas para el desempeño de los roles personales y profesionales”. De manera muy similar, otros autores coinciden en considerar “las actividades de la vida diaria como las tareas de mantenimiento personal, movilidad, comunicación, el manejo del hogar, que capacitan al individuo a lograr la independencia en su entorno” (Pedretti, 1981; Mosey, 1986).

Hay que observar que con el avance de la década de los años 80 se amplía el concepto, contemplando no sólo las actividades personales de independencia personal sino también aquellas que permiten tener independencia económica y autonomía en otros ámbitos cotidianos como las actividades de participación social, comunitaria y lúdica, aspecto que culminó en la década de 1990, con la escisión en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

De acuerdo con las definiciones de distintos autores se entiende que las AVD pueden ser definidas como “la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales” (Fernández-Ballesteros, 1992, p.80). En este sentido, podría entenderse como la capacidad o competencia del propio individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

## 2.4.2 Clasificación

### 2.4.2.1 Actividades básicas de la vida diaria

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día, por lo que no es difícil imaginarse el problema delante de la imposibilidad de poder llevarlas a cabo por uno mismo, bien sea por déficit cognitivo-conductual, como por déficit motores.

Se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigida a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal.

Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso.

Dentro de las ABVD encontramos:

- **Higiene personal:** incluye el afeitado, el maquillaje, la higiene bucal, el peinado y la higiene de las uñas, así como el manejo del material para cada una de las actividades.
- **Ducha:** implica transferencia al lugar de la ducha, manejo de envases necesarios, graduar la temperatura, enjabonarse, aclararse y secarse.
- **Vestido:** incluye la correcta elección de las prendas en función del clima y la situación, así como la acción de vestido-desvestido.
- **Alimentación:** implica el reconocimiento de los cubiertos y la capacidad de llevar el cubierto del plato a la boca.
- **Control de esfínteres:** incluye el control completo del vaciado voluntario de la vejiga urinaria y del intestino.
- **Uso del inodoro:** incluye transferencia, posición en el inodoro, manejo de la ropa y limpieza de la zona.

- **Movilidad funcional:** incluye moverse de una posición a otra, transferencias y deambulación.

### ¿CUÁNDO SE PUEDEN VER AFECTADAS LAS ABVD?

La dificultad para llevar a cabo las ABVD en personas que han sufrido un daño cerebral, está directamente relacionada con el grado de afectación de los componentes de ejecución. Los déficits más interfieren en la ejecución de las actividades diarias son:

- **COGNITIVOS:** Pérdida de memoria, procesos atencionales disminuidos, desorientación, capacidad de aprendizaje disminuida, secuenciación alterada, planificación y organización alteradas, capacidad de iniciar y finalizar una tarea alterada.
- **PSICOPATOLÓGICOS:** Labilidad, apatía, rigidez mental, impulsividad.
- **MOTORES:** Aumento o disminución de tono, pérdida de amplitud de movimiento, disminución de la fuerza, coordinación alterada, temblor, alteración de la sensibilidad.

A la hora de llevar a cabo las ABVD es importante tener en cuenta algunos aspectos que facilitaran la ejecución de las mismas:

- Mantener un entorno estable, seguro, sencillo, facilitador y adaptado.
- Mantener una estructuración de las ABVD creando rutinas.
- Adelantarnos a sus necesidades, pero sin sobreprotegerlos, siempre estimulando su autonomía.
- Mantener y estimular sus capacidades conservadas.
- Fomentar que participe en la medida de lo posible de la vida cotidiana en el domicilio.
- Simplificar al máximo las tareas de autocuidado, todas se descomponen en otras más fáciles que pueden realizar sin ayuda, (por ejemplo puede que una persona no sea capaz de afeitarse, pero si que puede participar poniéndose la espuma,...).

- Eliminar estímulos que puedan interferir en la ejecución de las actividades (televisión,...)

#### 2.4.2.2 Actividades instrumentales de la vida diaria

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) están relacionadas al cuidado del medio en que nos desenvolvemos. conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias

Estas actividades requieren la toma de decisiones e interacciones difíciles con el medio o resolución de problemas que capacitan al individuo para alcanzar la autonomía personal y estas si pueden verse influenciadas por el sexo, educación, cultura, sociedad y edad.

Son actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD. Son:

- **Cuidado de los otros.** Incluye supervisar y proveer de cuidados a los otros.
- **Cuidado de las mascotas.** Al igual que en la anterior actividad, consiste en supervisar y proveer de cuidados, pero en este caso a los animales.
- **Criado de los niños.** Criar y supervisar a los niños, para favorecer su desarrollo natural.
- **Uso de los sistemas de comunicación.** Uso de tecnología para comunicarse como teléfonos, ordenadores, sistemas especiales de comunicación para sordos e invidentes, etc.



- **Movilidad en la comunidad.** Moverse en la comunidad, saber emplear autobuses, trenes, taxis, etc, conducción.
- **Manejo de temas financieros.** Uso de recursos fiscales.
- **Cuidado de la salud y manutención.** Desarrollo, cuidado y mantenimiento de hábitos saludables.
- **Crear y mantener un hogar.** Obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos.
- **Preparación de la comida y limpieza.** Preparación de una dieta equilibrada, así como limpieza de los utensilios empleados.
- **Procedimientos de seguridad y respuestas antes emergencias.** Conocimiento y desarrollo de estrategias para mantener un entorno seguro. Saber actuar y disponer de los medios necesarios ante situaciones de emergencia.
- **Ir de compras.** Planificar la compra así como ejecutarla.

#### **2.4.2.3 Actividades avanzadas de la vida diaria**

AAVD para las actividades que la AOTA refiere como área ocupacional de ocio, juego y esparcimiento, entendiéndolas como actividades intrínsecamente motivantes que permiten disfrutar y relajarse de forma espontáneas y que sirven para la autoexpresión y exploración.

Además aluden a actividades comunitarias y autoenriquecedoras. Respecto a las actividades sociales y de ocio, algunos ejemplos son los propuestos por Lemon, Bengston & Peterson (1972) en la teoría de la actividad tales como establecer contacto con niños, vecinos, amigos y familiares, salir de viaje y otras, las que se reconocen como actividades informales, participaren grupos de Adultos mayores, cuidar enfermos, recibir clases de manualidades, participar actividades de la iglesia y demás, también llamadas actividades formales, y por último leer libros o periódicos, ver la televisión, escuchar la radio, etc, que se agrupan como actividades solidarias.

## **2.5. Evaluación de la calidad de vida**

La calidad de vida en general ha sido operacionalizada en términos de los distintos aspectos que constituyen la vida para una persona: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (Levi y Anderson, 1980).

Asimismo, pueden identificarse tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la calidad de vida: a) la calidad de vida en general, b) la calidad de vida relacionada a la salud, y c) la calidad de vida específica para cada enfermedad (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

La calidad de vida en general consiste en la valoración que el sujeto hace de su propia vida en relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran. Las investigaciones en esta área se centran en la búsqueda e identificación de los aspectos más relevantes que contribuyen a una mejor evaluación de la calidad de vida de los individuos.

Parece ser que una de las áreas más importantes de acuerdo con la literatura de investigación es la salud, ya que es el componente predominante y aglutinante de otros factores de la calidad de vida.

Por otro lado, debido al cambio en la prevalencia de las enfermedades infecciosas a los trastornos de carácter crónico, en su mayoría ligados al estilo de vida propio de ciudades industrializadas, el modelo biomédico ha resultado insuficiente para explicar claramente el desarrollo de estas nuevas enfermedades (por ejemplo, cáncer, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, entre otras), que en definitiva se vinculan con hábitos poco saludables que favorecen su aparición, volcando la atención a la necesidad de adaptación y realización de cambios en los estilos de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas, dando gran importancia a la calidad de vida.

La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales:

mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Las dimensiones de incapacidad incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de la calidad de vida relacionada con la salud. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria, y, en su caso, de actividades ocupacionales, así como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia de dolor y la presencia de fatiga desde la percepción del individuo.

Finalmente, la insatisfacción se mide por el grado de logros alcanzados de acuerdo con las expectativas propuestas por el individuo según el papel que desempeña dentro del funcionamiento social, el bienestar general y la vida.

La calidad de vida relacionada a la salud incluye aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida y su salud, por lo que se requieren medidas que reflejen lo que les ocurre a las personas con padecimientos específicos, en escenarios particulares donde se desarrolla su vida, por ejemplo, el ambiente hospitalario, las relaciones del paciente con el equipo de salud y que afectan su proceso de salud-enfermedad y su calidad de vida. Las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica incluyen aspectos emocionales de los pacientes derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidos. En estas investigaciones destacan problemas derivados de la adherencia terapéutica, las relaciones interpersonales con la familia, con el equipo médico, en el trabajo y en la vida social; problemas vinculados con la autoimagen, autoestima, adaptación ante la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación, incapacidad y deterioro, o con la proximidad de la propia muerte. De ahí que los instrumentos de calidad de vida relacionados a la salud también incluyan dominios de la vida y reactivos para evaluar calidad de vida en general o satisfacción en la vida; sin embargo, el énfasis de éstos es básicamente sobre los síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

Para Patrick y Erickson (1993), “la calidad de vida asociada a la salud ha sido definida como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la

deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada, relacionada principalmente con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento”. En este sentido, las personas con alguna enfermedad requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. “Su evaluación debe llevarse a cabo en sus dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo; estas mediciones pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto, mediano y largo plazo, y para evaluar a diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos” (López-Carmona y Rodríguez-Moctezuma, 2006).

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado (Vinaccia y Orozco, 2005). “La valoración se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona, que pueden agruparse en tres categorías: físico biológicas (sintomatología general, discapacidad funcional, sueño), emocionales (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración) y sociales (situación ocupacional, relaciones familiares y sociales, recreación). Tal valoración es un proceso individual influido y moderado por otras personas, pero indiscutiblemente personal; la realiza el individuo de acuerdo con sus propios valores, experiencias, creencias, expectativas y percepciones” (Vinaccia y et al., 2006).

Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, están influidos por las experiencias y expectativas de una persona. En este sentido, la calidad de vida no debe ser evaluada por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro, ya que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, de tal forma que dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud. Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación; en este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

La calidad de vida es hoy en día una cuestión de máxima importancia, sobre todo cuando se habla de enfermos crónicos para los cuales sólo existen medidas terapéuticas paliativas. En la investigación y en la práctica clínica es cada vez más frecuente encontrar trabajos que buscan definir y evaluar la calidad de vida de los pacientes. Concepto que servirá tanto para valorar las condiciones derivadas de una enfermedad o tratamiento como para tener presente la consideración que el enfermo hace de su situación vital, especialmente las consecuencias en su bienestar físico, emocional y social. “La Evaluación correcta de la calidad de vida en personas aquejadas de enfermedades permite conocer el impacto de la enfermedad y el tratamiento, conocer mejor al enfermo, su evolución, y adaptación a la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento. Además posibilita adecuar el tratamiento a los requerimientos individuales del paciente, ampliar los conocimientos sobre la evaluación de la enfermedad, la toma de decisiones y la rehabilitación” (Grau, 1994). Es así que se presenta una serie de test para medir la calidad de vida que pueden ser aplicados a personas que presentan enfermedades, estos son: el índice de Karnofsky (Performance Status), el Sickness Impact Profile de Begmer, el Quality of Life Tool de Spitzer y la Tasa de Herr, Lanhan, Rosell.

### **3. ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR**

Según el Sistema Nacional de Salud (SNS) manifiesta lo siguiente: cuando las personas alcanzan la etapa de adulto mayor, también comienzan una época para disfrutar la vida y descansar, o tener actividades recreativas. Sin embargo, los ancianos conforman un grupo con riesgo de contraer algunas enfermedades y afecciones típicas de la edad avanzada. De esta forma, son recurrentes las siguientes afecciones: diabetes, artritis, alzheimer, parkinson, presión arterial alta, sordera, gripe, etc.

#### **3.1. Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad irreversible y progresiva del cerebro que lentamente destruye la memoria y las aptitudes del pensamiento, y con el tiempo, hasta la capacidad de llevar a cabo las tareas más simples. En la mayoría de las

personas afectadas con esta enfermedad, los síntomas aparecen por primera vez después de los 60 años de edad.

El Alzheimer es la causa más común de demencia en las personas mayores. La demencia es la pérdida del funcionamiento cognitivo, o sea, pensar, recordar y razonar, a tal grado que interfiere con la vida y las actividades diarias de una persona.

Es difícil determinar quién va a desarrollar la enfermedad de Alzheimer, puesto que se trata de una alteración compleja, de causa desconocida, en la que, al parecer, intervienen múltiples factores. He aquí algunos de los elementos que pueden aumentar las probabilidades de padecer esta patología.

- **Edad:** suele afectar a los mayores de 60-65 años, pero también se han dado casos entre menores de 40. La edad media de diagnóstico se sitúa en los 80, puesto que se considera que el mal de Alzheimer es una enfermedad favorecida por la edad.
- **Sexo:** las mujeres lo padecen con más frecuencia, probablemente, porque viven más tiempo.
- **Razas:** afecta por igual a todas las razas.
- **Herencia familiar:** la enfermedad de Alzheimer familiar, una variante de la patología que se transmite genéticamente, supone el 1 por ciento de todos los casos. No obstante, se estima que un 40 por ciento de los pacientes con EA presentan antecedentes familiares.
- **Factor genético:** varias mutaciones en el gen de la proteína precursora de amiloide (APP), o en el de las presenilinas 1 y 2. También podría asociarse con mutaciones en el gen de la apolipoproteína E (ApoE). Esta proteína está implicada en el transporte y eliminación del colesterol. estas investigaciones, la nicastrina activaría la producción del amiloide beta.
- **Factores medioambientales:** El tabaco se ha mostrado como un claro factor de riesgo de la patología, al igual que las dietas grasas. Por otra parte, pertenecer a una familia numerosa también parece influir en el riesgo de Alzheimer.

En un principio, surgen pequeñas e imperceptibles pérdidas de memoria, pero con el paso del tiempo, esta deficiencia se hace cada vez más notoria e incapacitante para el afectado, que tendrá problemas para realizar tareas cotidianas y simples, y también, otras más intelectuales, tales como hablar, comprender, leer, o escribir.

### **3.1.1 Parkinson**

La enfermedad de Parkinson consiste en un desorden crónico y degenerativo de una de las partes del cerebro que controla el sistema motor y se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos. Se produce cuando las células nerviosas de la sustancia negra del mesencéfalo, área cerebral que controla el movimiento, mueren o sufren algún deterioro.

Presenta varias características particulares: temblor de reposo, lentitud en la iniciación de movimientos y rigidez muscular. La enfermedad de Parkinson afecta aproximadamente al 1 por ciento de la población mayor de 65 años y al 0,4 por ciento de la población mayor de 40 años.

Los síntomas típicos son los siguientes:

- **Temblor:** Consiste en un movimiento rítmico hacia atrás y hacia adelante. Generalmente comienza en la mano aunque en ocasiones afecta primero a un pie o a la mandíbula. Se agudiza en reposo o bajo situaciones tensas y tiende a desaparecer durante el sueño. Puede afectar sólo a un lado o a una parte del cuerpo.
- **Rigidez:** Se manifiesta como una resistencia o falta de flexibilidad muscular. Todos los músculos tienen un músculo opuesto, y el movimiento es posible porque, al activarse un músculo, el opuesto se relaja. Cuando se rompe este equilibrio los músculos se tensan y contraen causando inflexibilidad y debilidad.
- **Bradicinesia:** Se trata de la pérdida de movimiento espontáneo y automático y conlleva la lentitud en todas las acciones. Esta lentitud es impredecible y es el

síntoma más incapacitante, porque el paciente no puede realizar con rapidez movimientos habituales que antes eran casi mecánicos.

- Inestabilidad: La inestabilidad de la postura hace que los enfermos se inclinen hacia adelante o hacia atrás y se caigan con facilidad. La cabeza y los hombros caen hacia delante y la forma de andar empeora. El enfermo da pasos cortos y rápidos para mantener el equilibrio; o se queda literalmente "plantado" a mitad de camino, sin poder moverse. Existen una serie de síntomas secundarios que, aunque no afectan a todos los enfermos, provocan trastornos importantes ya que empeoran los síntomas principales y agravan las condiciones físicas y psicológicas del paciente.
- Depresión: Es un problema común a todas las enfermedades crónicas, y en el Parkinson puede detectarse incluso antes de que comiencen los síntomas principales. Empeora con los fármacos utilizados para combatir esta patología, aunque los antidepresivos consiguen frenar con bastante éxito tanto las depresiones como los cambios emocionales.
- Tragar y masticar: El mal funcionamiento de los músculos dificulta esta tarea cotidiana, favoreciendo la acumulación de saliva y alimentos en la cavidad bucal. Como consecuencia, son habituales los atragantamientos y el babeo. - Dicción: Al menos el 50 por ciento de los enfermos tiene problemas de dicción: hablan en voz baja, dudan antes de hablar, repiten palabras o hablan demasiado rápido.
- Problemas urinarios: Las deficiencias del sistema nervioso que regula la actividad muscular provocan que algunos enfermos sufran incontinencia o tengan dificultades para orinar.
- Estreñimiento: La lentitud progresiva de los músculos intestinales y abdominales es la principal causa del estreñimiento, aunque también influyen la dieta o la escasa actividad física.
- Trastornos del sueño: La somnolencia y las pesadillas son características en esta enfermedad y generalmente están asociadas a los fármacos.
- Rostro: pierde expresividad y aparece la denominada "cara de pez o máscara", por falta de expresión de los músculos de la cara. Además, tienen dificultad para mantener la boca cerrada.



- **Acinesia:** Consiste en una inmovilidad total que aparece de improviso y puede durar desde algunos minutos a una hora.

### **3.1.2 Atrofia muscular**

La falta de actividad física es una de las causas de la atrofia muscular. La atrofia muscular se refiere a la pérdida o desgaste del tejido muscular a causa de algún tipo de enfermedad o por inactividad. La sarcopenia es un término que indica la pérdida extrema de masa muscular que deja a la persona mayor incapaz de realizar muchas actividades de la vida diaria, siendo este un factor importante que conlleva al deterioro de la calidad de vida.

Las personas que tienen un trabajo sedentario y las de la tercera edad que no son muy activas pueden llegar a perder el tono muscular y desarrollar una atrofia significativa; sin embargo, este tipo de atrofia puede ser reversible con el ejercicio vigoroso.

Las personas que están postradas en la cama pueden presentar un desgaste muscular significativo; igual como ocurre con los astronautas que, libres de la fuerza gravitacional de la tierra, pueden desarrollar una disminución del tono muscular y descalcificación ósea pocos días después de la ingravidez.

Muchas personas se preocupan con los cambios en la forma de su cuerpo a medida que envejecen y, aunque algunos cambios inevitablemente ocurren con este proceso, las opciones de estilo de vida pueden disminuir o a acelerar dichos cambios.

El cuerpo humano está formado de grasa, tejido magro (músculos y órganos), huesos, agua y otras sustancias. A medida que envejecemos, la cantidad y distribución de estos componentes cambiará. La grasa cada vez se depositará más hacia el centro del cuerpo, incluyendo la región alrededor de los órganos abdominales. La proporción de grasa corporal puede aumentar hasta en un 30%.

A medida que la grasa aumenta, la masa magra corporal disminuye. Los músculos, el hígado, los riñones y otros órganos pierden algunas de sus células, en un proceso llamado atrofia. Los huesos pierden algunos de sus minerales y se vuelven menos densos, una condición llamada osteopenia, o en una etapa posterior, osteoporosis.

Los hombres generalmente aumentan de peso más o menos hasta la edad de 55 años aproximadamente y luego comienzan a perderlo. Esto puede estar relacionado con una disminución en la hormona sexual masculina testosterona. Las mujeres por su parte generalmente aumentan de peso hasta los 65 y luego comienzan a perderlo. Dicha pérdida de peso es causada, en parte, por la pérdida de tejido muscular.

Por supuesto, la pérdida o ganancia de peso varía de persona a persona y la dieta y el ejercicio juegan un papel importante en estos cambios.

La imagen de un hombre o una mujer débil y encorvada con vientre prominente y brazos y piernas delgados no les sucede a todas las personas. El estilo de vida juega un papel importante en la forma como tienen lugar estos cambios relacionados con la edad.

### **3.1.3 Diabetes**

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o bien la fabrica de una calidad inferior. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. Cuando falla, origina un aumento excesivo del azúcar que contiene la sangre (hiperglucemia). De hecho, el nombre científico de la enfermedad es diabetes mellitus, que significa "miel".

Entre los principales síntomas de la diabetes se incluyen:

-Frecuencia en orinar (fenómeno de la "cama mojada" en los niños).

-Hambre inusual.

-Sed excesiva.

-Debilidad y cansancio.

- Pérdida de peso.
- Irritabilidad y cambios de ánimo.
- Sensación de malestar en el estómago y vómitos.
- Infecciones frecuentes.
- Vista nublada.
- Cortaduras y rasguños que no se curan, o que se curan muy lentamente.
- Picazón o entumecimiento en las manos o los pies.
- Infecciones recurrentes en la piel, la encía o la vejiga.
- Además se encuentran elevados niveles de azúcar en la sangre y en la orina

#### **3.1.4 Obesidad**

La falta de ejercicio puede llevar a que el cuerpo deje de quemar calorías. Un exceso de calorías se acumula en forma de grasa. Generalmente los obesos se mueven poco. A medida que aumenta el sobrepeso menos se mueven porque cada vez les cuesta más. Al disminuir la actividad física quema menos calorías y lógicamente aumentarán los triglicéridos o grasas acumuladas en diversas partes del cuerpo. Esa es una de las razones por las que es cada vez más difícil contrarrestar la obesidad.

La obesidad se define simplemente como un estado de salud anormal o una excesiva acumulación de grasa en los tejidos grasos (tejido adiposo) del cuerpo, que puede llegar a constituir un serio peligro para la salud. La causa subyacente es un balance energético positivo, que tienen como consecuencia el aumento de peso, es decir cuando las calorías consumidas exceden las calorías que se gastan.

Para que todo el mundo pueda determinar fácilmente cuál es su peso adecuado, se mide simplemente la relación entre peso y altura, que se denomina Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC es una útil herramienta que es utilizada comúnmente por médicos y otros profesionales de la salud para determinar la prevalencia de peso por

debajo de lo normal, exceso de peso y obesidad en adultos. Se obtiene dividiendo el peso en kilogramos de una persona entre el cuadrado de su altura en metros (kg/m<sup>2</sup>). Por ejemplo, un adulto que pesa 70 kg y cuya altura es de 1,75 m tendrá un IMC de 22,9 kg/m<sup>2</sup>.

Se considera que hay exceso de peso y obesidad cuando el IMC es respectivamente igual o superior a 25 y 30. Las consecuencias que la obesidad y el sobrepeso pueden tener en la salud son numerosas y variadas, desde un mayor riesgo de muerte prematura a varias dolencias debilitantes y psicológicas, que no son mortales pero pueden tener un efecto negativo en la calidad de vida.

El grado de riesgo depende entre otras cosas de la cantidad relativa de exceso de peso, la localización de la grasa corporal, cuánto se ha subido de peso durante la edad adulta y la cantidad de actividad física. La mayoría de estos problemas pueden mejorarse adelgazando un poco (entre 10 y 15%), especialmente si también se aumenta la actividad física.

### **3.1.5 Úlceras**

En las personas ancianas o enfermas que cuidamos es frecuente la aparición de enrojecimientos o lesiones en la piel provocadas principalmente por el roce, presión y humedad. Estos enrojecimientos, erosiones o heridas se llaman úlceras por presión (UPP).

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante un tiempo prolongado. Generalmente aparecen en zonas donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. Están relacionadas con varios factores como son: estado mental, incontinencia, movilidad, nutrición y actividad. El riesgo es mayor si la persona está encamada, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición por sí misma.

Las UPP tienen varios grados o estadios evolutivos:

Grado I: Aparece eritema (enrojecimiento), se mantiene la integridad de la piel.

Grado II: Pérdida parcial del grosor de la piel. Aparecen erosiones y/o ampollas.

Grado III: Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo.

Grado IV: Extensión de la necrosis a tejidos, músculos o hueso.

### **3.1.6 Hipertensión**

Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.

La presión arterial se clasifica en base a dos tipos de medidas, la presión arterial sistólica y diastólica, expresadas como una tasa, como por ejemplo 120/80mmHg («120 sobre 80»).

La hipertensión arterial afecta cerca de cincuenta millones de personas en los Estados Unidos y más de un billón alrededor del mundo, esta proporción tiende a incrementar en relación con el aumento de la edad poblacional.

Datos recientes del Framingham Heart Study sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen una probabilidad del noventa por ciento de desarrollar hipertensión arterial.

### **3.1.7 Arteriosclerosis**

Es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.

La arteriosclerosis es el endurecimiento de las arterias por la formación de una placa dura, que contiene calcio y colesterol, entre otras sustancias que obstruyen las arterias. Este crecimiento no es inmediato, sino progresivo, ocasionando daño sin presentar síntomas aparentes. Los factores fundamentales para su aparición son el incremento del nivel del colesterol en la sangre y el tabaquismo. Las arterias se tornan más rígidas y posteriormente aparecen las placas que las bloquean.

## **3.2 Problemas Psicológicos:**

### **3.2.1 Depresión**

La depresión (del Latín depressu, que significaba «abatido» o «derribado») es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la Psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia.

Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión.

Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas.

Pero éste es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza.

La depresión es comúnmente un problema de salud mental en los adultos mayores. Un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado.

### **3.3 Problemas sociales:**

#### **3.3.1 Aislamiento**

Según la Real Academia Española, aislamiento significa incomunicación o desamparo. Si partimos de la premisa de que el ser humano es un ser social que necesita compañía y analizamos la Teoría de las Necesidades Humanas de Maslow podemos concluir que el aislamiento es perjudicial para cualquier ser humano independientemente de su edad, color de piel, estatus social, creencias, educación o sexo. El aislamiento afecta con más fuerza a los más vulnerables entre estos: niños, viejos y personas con impedimentos.

“El aislamiento social en la vejez está relacionado con un deterioro de las capacidades físicas y mentales” (Huffman, Parus & Hall. Pág. 210, 211). La comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades, pero más aún en los ancianos ya que es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos y sean más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un grupo social más reducido.

## **4. CALIDAD DE VIDA Y SU INCIDENCIA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR**

### **4.1 Introducción**

El envejecimiento como tal, no va de la mano con la incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria de forma independiente, la razón principal de ésta incapacidad, es dada porque la Persona Adulta Mayor se vuelve inactiva físicamente. Se pierde entonces la resistencia, el equilibrio, la flexibilidad y la fuerza muscular, todas necesarias para tener un envejecimiento saludable y una buena calidad de vida.

El ser humano entre su integridad sufre desgastes con el paso del tiempo, así mismo es vulnerable de presentar enfermedades propias de su herencia. Los adultos mayores son un grupo de riesgo en presentar algunas afecciones bien sea por desgaste orgánico y funcional o por enfermedades crónicas y degenerativas.

La Calidad de Vida relacionada con la salud - enfermedad, no es ajena a esta Calidad de Vida general, pues el propio concepto de salud abarca todas las esferas del ser humano. Así, si asumimos el concepto de salud de la O.M.S.: «La salud no es sólo ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar físico, mental y social», apreciamos claramente esta relación. “Veamos qué aspectos abarca la Calidad de Vida según Espinoza y Cols. (1990) en una revisión del problema del enfermo oncológico:

1. Funcionamiento físico.
2. Funcionamiento emocional o psicológico.
3. Síntomas asociados con la enfermedad y el tratamiento.
4. Funcionamiento social (incluyendo o no el económico).
5. Índice general de percepción de la Calidad de Vida por el paciente”.

Fossati, en 1991 nos dice que la Calidad de la Vida, es un concepto abstracto y multidimensional, difícil de medir por la complejidad que encierra y «si queremos entenderla y predecirla, debemos pensar cómo será definida (operacionalmente) y estudiar los efectos que muchas otras variables ejercen sobre ella»

Las consecuencias del sedentarismo en el ser humano son evidentes, ya que este estilo de vida, provee a las personas de una mala calidad de vida, una convergencia de enfermedades y problemas de índole psicológica y social que van deteriorando paulatinamente su organismo, aunado a los cambios biológicos provocados por la edad. Esto constituye un estado de peligro para el organismo. Por tal razón hay que entender que el envejecimiento comienza en la medida que se pierden las capacidades funcionales de las células. Teniendo así el aumento del riesgo de presión arterial, de tener afecciones cardíacas, de contraer problemas articulares como osteoporosis, artritis, artrosis, reuma, infarto, trombosis coronaria y en general todas las enfermedades cardiovasculares.



Un aspecto por considerar es que el sobrepeso, generalmente, va de la mano con el sedentarismo, éste expone al ser humano a una serie de alteraciones que, posteriormente, derivan en enfermedad. Sin embargo, existen flacos enfermos como también gordos sanos. La grasa acumulada en el cuerpo, al crecer y envejecer, depende de la dieta y de los hábitos de ejercicio individuales, además de la herencia. “La cantidad relativa de grasa corporal aumenta con la edad después de alcanzar la madurez física” (Kohrt, W. 1991). Esta ganancia se debe, en gran medida, a tres factores que se presentan con el envejecimiento, pero en mayor medida con la no realización de ejercicio: mayor ingestión de alimentos, menor actividad física y menor capacidad para movilizar las grasas. Después de los 30 años, la masa magra también disminuye progresivamente. Esto es la consecuencia, principalmente, de la menor masa muscular y de la pérdida de minerales óseos. Después de la edad de 60 años, se reduce el peso corporal total, a pesar de la creciente proporción de grasa corporal. Sin embargo, el contenido en grasa corporal de las personas físicamente activas es significativamente menor que en hombres y mujeres sedentarios de la misma edad. Pues todo esto es por causa de una mala calidad de vida, pero esto es fácil de contrarrestar a través de buenos hábitos, practicando esto, pues llegaremos a una buena calidad de vida.

#### **4.2 Calidad de vida en personas con enfermedades crónicas**

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores profesionales establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida. La comprensión de esta última ha evolucionado a la par con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas.

La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida. El

cuidado de apoyo y la supervivencia incluyen temas específicos que deben tratarse con éxito para lograr este objetivo.

La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.

La consideración de estos factores multidimensionales indica un enfoque en la calidad de vida y las alteraciones en el bienestar. Su naturaleza subjetiva desafía la capacidad de los profesionales de la salud para medir su propia efectividad. Algunos pacientes pueden tolerar una discapacidad grave y aún sentirse afortunados de recibir una terapia, mientras otros se muestran totalmente insatisfechos con una disfunción mínima. Por consiguiente, la calidad de vida se define mejor como lo que el individuo dice que ésta es.

La percepción de la enfermedad incluye mucho más que la discapacidad física; algunas personas son incapaces de expresar sus valores o definir la calidad de vida sin un poco de ayuda en el proceso de clarificación de valores. No existe un estándar dorado para medirla, cada situación supone inquietudes únicas. Por ello, es importante ahondar en el amplio campo que cubre este concepto con el fin de ofrecer al paciente crónico algo cada vez mejor. A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella.

Tradicionalmente, se ha medido el nivel de salud de una población a través de las tasas de mortalidad y morbilidad; sin embargo, desde hace algunos años el concepto de calidad de vida, a pesar de que se trata todavía de “un concepto vago, definido, y medido de diferentes maneras, se ha ido introduciendo en la literatura, con lo cual se ha hecho necesario el desarrollo de indicadores subjetivos y psicosociales así como

la generación y uso de instrumentos de evaluación de carácter general” (Pomerleau y Brady, 1979; Barquin, 2002).

En psico-oncología, por ejemplo, el creciente interés existente por la calidad de vida del paciente neoplásico ha tomado cada vez más fuerza, inicialmente por los múltiples parámetros que cobija cada vez más el término, y por los grandes resultados observados a partir de la puesta en práctica de evaluar para luego mejorar las condiciones de los pacientes con cáncer.

Según Bayes (1994), “evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; evaluar mejor las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad No sólo es importante evaluar la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas, sino también en la población en general, aunque los puntos evaluados son diferentes”. En los primeros, las variables a considerar son las relacionadas con las condiciones de salud-enfermedad y el tratamiento concreto que recibe cada paciente; en los segundos, son importantes variables como: recursos económicos, vivienda, recursos sanitarios, entre otras.

Kalker y Roser (1987), citados por Rodríguez (1995), definen “la calidad de vida en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales”. Según esta definición, Haes y Van Knippenberg (1985-1987), citados por Rodríguez (1995), proponen que “la calidad de vida dentro de la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas debe ser vista como un constructo multidimensional que incluye, al menos, estatus funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social”.

El estatus funcional se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de personas; incluye tres categorías; autocuidado, movilidad y actividad física. En cuanto a los síntomas relacionados con la

enfermedad, son diversos en función del tipo de enfermedad y tratamiento. En el caso de pacientes con cáncer, los síntomas que se reportan con mayor frecuencia son dolor, fatiga, malestar corporal, estreñimiento, diarrea, náuseas, vómito y trastornos del sueño. El funcionamiento psicológico pone de relieve niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes con enfermedades crónicas (World Health Organization, 2003). Cuando se evalúa este aspecto en enfermedades crónicas, se puede sobreestimar la prevalencia del estrés o de los trastornos debido a la inclusión de ítems que reflejan manifestaciones somáticas de perturbaciones psicológicas, tales como el cansancio físico y la pérdida del impulso sexual o del apetito. Entre los pacientes con cáncer estos síntomas pueden reflejar efectos físicos directos de la enfermedad o de su tratamiento.

El funcionamiento social hace referencia, según World Health Organization (2003), al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia.

En suma, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral. Algunos trabajos en los que se ha evaluado el importante papel que juegan diferentes variables psicológicas y sociales en el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud, incluyendo estudios sobre los problemas de la adhesión al tratamiento y calidad de vida.

### **4.3 Salud como comportamiento**

Tanto el comportamiento como el estilo de vida son factores determinantes en la salud de una persona. En múltiples estudios se ha establecido esta relación de forma significativa, un ejemplo importante sería la asociación entre las enfermedades

crónicas con un estilo de vida patógeno. En 1974, Lalonde citado por la OMS (1979) realizó en Canadá un estudio a gran escala que lo llevó a formular un modelo de salud pública que aún es tomado como marco de referencia.

Según este modelo, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables:

- La biología humana (genética, envejecimiento) con una proporción del 27% en la mortalidad en Estados Unidos.
- El medio ambiente: contaminación física (ruidos, radiaciones, etc.), química (plomo, plaguicidas, entre otros) y biológica (bacterias, virus, hongos) con una proporción en Estados Unidos de 19% de la mortalidad.
- El sistema sanitario (calidad, cobertura y gratuidad) de cuyas deficiencias dependería el 11% de la mortalidad en Estados Unidos.
- Estilo de vida o conductas insanas, tales como consumo de fármacos, falta de ejercicio físico, el estrés, promiscuidad sexual sin métodos de prevención de enfermedades o embarazos no deseados, conductas violentas, conducciones peligrosas (exceso de velocidad, no utilización del cinturón de seguridad), con una proporción del 43% de la mortandad en Estados Unidos.

Por otra parte, el estudio realizado en 1984 por Matarazzo, citado por Gil-Róales (2004), mostró que los factores de riesgo que causaban los principales tipos de mortalidad en Estados Unidos en ese momento eran factores comportamentales asociados a estilos de vida patógenos, los cuales están vigentes. En el caso específico del cáncer, se encontró que era la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardíacas, con un 22.3%, y que contemplaba factores de riesgo tales como consumo de tabaco, alcohol, dietas y factores cancerígenos del ámbito laboral y ambiental. Se ha buscado, desde entonces, que la salud humana no se centre en la lucha contra la naturaleza, sino en la modificación de la conducta y de variables socioculturales. En ese sentido, según Rodríguez-Marín (1995), el individuo y su contexto social han resultado ser el primer y principal enemigo. Los comportamientos y estilos de vida pueden afectar tanto a la salud como a la

enfermedad. La forma como respondemos a nuestros males se puede convertir en un punto favorable o adverso para nuestro bienestar físico o mental. En cualquier caso podríamos acotar la cuestión en los siguientes aspectos:

La salud se puede evaluar a través de las manifestaciones de los individuos, esto es, de su comportamiento (biológico, social, motor).

- Todo comportamiento adaptativo puede ser calificado de saludable.
- Los comportamientos no adaptativos, aunque en sí mismos no tiene porque ser calificados como mórbidos, podrían conducir a comportamientos de enfermedad.
- El comportamiento actúa recíprocamente con la salud del propio individuo de manera que el nivel de salud es, en parte, función del comportamiento del sujeto, y éste a su vez está condicionado por las características psicológicas, biológicas y de ecosistema del propio individuo. Pero, además, hay que tener en cuenta que la salud se manifiesta a través del propio comportamiento (Simon, 1995).

## **f. METODOLOGÍA**

La presente investigación titulada “INCIDENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR “LOS ARUPOS”. PERÍODO MAYO-DICIEMBRE 2013” se la ha venido realizando por fases, de la siguiente manera:

### **Fase 1:** Formulación del problema de investigación

Para llevar a cabo la presente investigación, se inició con la elección del tema, para lo cual me dirigí al lugar a investigar, en donde se observó la problemática, la que me sirvió para poder seleccionar el tema, una vez que se planteó el tema, se continuó con la problematización que desencadenó en el problema a investigar. Continué con los objetivos teniendo en cuenta las variables del tema. Es importante también conocer las razones del porqué investigar ese tema, para esto se justificó a nivel institucional, social, personal, etc.

### **FASE 2:** Exploratoria

En esta fase se elaboró el marco teórico, para lo cual se hizo una revisión de la literatura sea tanto de libros, artículos, revistas, periódicos y de internet que abarque tanto la variable de adulto mayor, calidad de vida y enfermedades del adulto mayor, luego se continuó con la construcción del marco teórico.

### **Fase 3:** Recolectar información

La presente investigación se llevará a cabo en el Centro de Atención para el Adulto Mayor “Los Arupos”. Durante el Período 2013.

Se consideró trabajar con una población de 25 personas, tomando de muestra toda la población del centro de atención para el Adulto Mayor distribuidos de la siguiente manera:

<b>Personas del C.A “Los Arupos”</b>	<b>Nº</b>
Coordinadora del C.A “Los Arupos”	01
Psicorrehabilitador	01
Terapista Ocupacional	01
Médico	01
Enfermera	01
Adultos Mayores	20
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>

Para que la elaboración del presente trabajo tenga efecto, se requiere también de técnicas e instrumentos de recopilación de los datos. Para lo cual se estima conveniente:

**-La encuesta.-** está dirigida para 5 personas del personal del Centro. Consta de 7 preguntas, las mismas que están destinadas para recolectar información acerca de la calidad de vida y presencia de enfermedades del adulto mayor.

**-Historia clínica (parámetro de salud).-** permite conocer el estado de salud y enfermedades que presenta el adulto mayor, se recolecta ésta información a través de la historia clínica que maneja el centro.

**-Índice de Barthel.-** permite conocer la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.



**-Escala de Lawton y Brody.-** Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD. Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos. Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala pero debe estar motivado, concienciado y entrenado. Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar o sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.

**-SF-12:** el cuestionario de salud SF-12, formado por 12 ítems extraídos del SF-36 a partir de modelos de regresión múltiple que cubren con uno o dos ítems cada una de las ocho dimensiones que ofrece este instrumento. El SF-12 ofrece la ventaja de poder ser completado en apenas 2-3 minutos, en comparación a los 10 minutos que requiere el SF-36. No obstante, no permite la elaboración de una puntuación específica para cada una de las ocho dimensiones. Sí, en cambio, ofrece las puntuaciones resumen de los componentes físico y mental.

El SF-12 es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñada para usos en los que éste sea demasiado largo. El SF-12 se contesta en una media de 2 min. Ha demostrado ser una alternativa útil cuando el tamaño de muestra es elevado (500 individuos o más) debido a la pérdida de precisión con respecto al SF-36. El SF-12 mide el estado de salud. Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Su rango es 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Una vez aplicados los instrumentos, se procederá a la organización de la información, para esto se usará tablas de frecuencia y porcentaje, representados en gráficos de pastel.

Para el análisis de la información se utilizará una interpretación cuanti-cualitativo, ya que se expresará la información tanto empírica como teórica, orientada por los objetivos.

Luego de lo cual se elaborará las conclusiones y recomendaciones.

**g. CRONOGRAMA**

TIEMPO ACTIVIDADES	2013																2014																			
	MAY				JUN				OCT				NOV				DIC				MAY				JUN				JUL							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del proyecto de investigación	x																																			
Aprobación del proyecto de investigación									x																											
Aplicación de los instrumentos de investigación													x	x																						
Sistematización y Análisis de los datos															x	x																				
Elaboración del informe final																	x																			
Presentación y aprobación del informe final																			x																	
Sustentación privada																																			x	
Defensa Pública																																				x

## **h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

### **✓ HUMANOS**

- Autoridades y funcionarios del Centro de Atención para el Adulto Mayor “Los Arupos”.
- Director de Tesis
- Investigadora
- Adultos Mayores

### **✓ INSTITUCIONES**

- Universidad Nacional de Loja
- Área de la Comunicación, el Arte y la Comunicación
- Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial
- Centro de Atención para el Adulto Mayor “Los Arupos”.

### **✓ MATERIALES**

- Libros
- Internet
- Insumos Técnicos Psicológicos (encuestas, test, entre otros)
- Material didáctico

### **✓ ECONÓMICOS**

- Financiamiento de la Investigadora

## i. BIBLIOGRAFÍA

- Ballesteros, C. 1999. “Las modificaciones del estado físico, anímico, calidad de vida y auto-estima en adultas mayores por medio de un programa de actividad sistemática de karate do”. Tesis. Universidad de Costa Rica. Pág. 2-3. Extraído de [http://www.latindex.ucr.ac.cr/pnsac003/013\\_capitulo.pdf](http://www.latindex.ucr.ac.cr/pnsac003/013_capitulo.pdf)
- Baltes, P.B. y Baltes, M.M., eds., 1993. Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 28-34.
- Buendía J. Edición pirámide. “Familia y psicología de la salud”. Pág. 275, 276, 377, 278, 279.
- Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Envejecer nos “toca” a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002.
- Cardona, D., Estrada A. y Agudelo, H.B., 2006. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26 (2), pp. 206-215.
- Deaver, G.G. y Brown, M.E. (1945). Physical demands of daily life. New York: Institute for the crippled and disabled. Tomado de [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_2/13-23\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf)
- Diane Papalia, Sterns, Feldman & Camp. Tercera edición. “Desarrollo del adulto y vejez. Pág. 8-307.
- Espinoza C. y Cols. (1990). Calidad de Vida en Oncología. Una revisión del problema. *Revista Clínica Española*. 187, (9).
- Extraído 09-07-20123 [http://www.latindex.ucr.ac.cr/pnsac003/013\\_capitulo.pdf](http://www.latindex.ucr.ac.cr/pnsac003/013_capitulo.pdf)
- Extraído el 29-06-2013. <http://www.residencialsantacecilia.com/peligros-del-sedentarismo-en-personas-de-la-tercera-edad/>
- Extraído el 29-06-2013. <http://www.residencialsantacecilia.com/peligros-del-sedentarismo-en-personas-de-la-tercera-edad/>
- Fernández-Ballesteros, R. I. (1992). Actividades de la vida diaria en la vejez. En R. I. Fernández-Ballesteros, Evaluación e intervención en la vejez. Barcelona: Martínez-Roca. Tomado de [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_2/13-23\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf)
- Fernández-Ballesteros, R., 1998. Calidad de vida: las condiciones diferenciales. *La Psicología en España*, 2 (1), pp. 57-65.
- García, G.E., 2006. Espiritualidad y calidad de vida en adultos mayores. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Gil-Roales, J. (2004) *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Giusti, L., 1991. Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa.
- González-Celis R., A.L., 2003. Los adultos mayores: un reto para la familia. En: L.L. Eguiluz, coord. *Dinámica de la familia*. México: Editorial Pax, pp. 127-139.

- Grau, J. (1994). Calidad de Vida en el paciente oncológico. Conferencia Impartida en la Facultad de Psicología de la Universidad del Estado de Morelos. Cuernavaca, México.
- Grau, J. (1994). Calidad de Vida. Conferencia impartida en la Maestría Internacional de Psicología de la Salud. Facultad de la Salud Pública Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Grau, J. (1996). Calidad de Vida. Libro en prensa. Instituto de Oncología de Cuba.
- Guy Lanfrancois. Sexta edición. “El ciclo de la vida”. Pág. 491,497, 498, 4999.
- Hamilton M et al. (2007). Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes* 56(11):2655–2667.
- Harper, A. y Power, M., 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-Brief quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, pp. 551-558.
- Huffman L., Parus & Hall. Vol. 2. Sexta edición. “Psicología del desarrollo de hoy”. Pág. 210, 211, 222.
- Katschnig, H., 2000. Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: H. Katschnig, H. Freman y N. Sartorius, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, pp. 3-15.
- Kohrt, W. 1991. “Effect of gender, age, and fitness level on response of VO<sub>2</sub>máx to training in 60-70 yr. Olds”. *Journal of Applied Physiology*.71:2004-2011. Tomado de [http://www.latindex.ucr.ac.cr/pnsac003/013\\_capitulo.pdf](http://www.latindex.ucr.ac.cr/pnsac003/013_capitulo.pdf)
- Lazarus, R. S., 1998. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. En: I.H Nordhus, G.R. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt, eds. *Clinical Geropsychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 109-130.
- Lazarus, R.S., 2000. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Levi, L. y Anderson, L., 1980. *Psychosocial stress: population, environment and quality of life*. Nueva York: S. P. Books Division of Spectrum Publications, Inc.
- López-Carmona, J.M. y Rodríguez-Moctezuma, R., 2006. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 48, pp. 200-211.
- Marshall S & Ramirez E. (2011). Reducing sedentary behavior: A new paradigm in physical activity promotion. *Am J Lifestyle Med* 518–530. Tomado de <http://www.eufic.org/article/es/artid/Una-vida-menos-sedentaria/>
- Morales Francisco. Edición Paidés. “Introducción a la psicología de la salud”. Pág. 179, 180, 181, 183, 184, 185.
- Moruno, P. (2006). Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria. En P. Moruno y D. Romero (Eds.), *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson. Tomado de [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_2/13-23\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf)
- Nieto, J., Abad, M. y Torres, A., 1998. Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*, 4, pp. 75-81.

- OMS (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Nuevas orientaciones sobre actividad física podrían reducir el riesgo de los cánceres de mama y colon: [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world\\_cancer\\_day\\_20110204/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/es/index.html) tomado de <http://www.eufic.org/article/es/artid/Una-vida-menos-sedentaria/>
- Pedretti, L.M. (1981). *Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction*. St. Louis: Mosby. Tomado de [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_2/13-23\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf)
- Pomerleau, O.F. y Brady, J.P. (1979). *Behavioral medicine: theory and practice*. Baltimore. MA: Williams and Wilkins.
- Portillo, L. 2002. “La educación deportiva en las personas de mayor edad”. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital - Buenos Aires - Año8 - N° 50 – Julio*. Tomado de <http://www.efdeportes.com/>
- *Post redactado por el área de Terapia Ocupacional del Servicio de Neurorehabilitación de Hospitales NISA. Tomado de <http://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/actividades-basicas-de-la-vida-diaria/>*
- Reed, K. L. y Sanderson, S. (1980). *Concepts of Occupational Therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins. Tomado de [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_2/13-23\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf)
- Rodríguez-Marin, J. (1995). *Psicología social de salud*. Madrid: Síntesis.
- Romero, D. y Martorell, M. (2003). Actividades básicas de la vida diaria o cuidado personal. En D. Romero y P. Moruno (Eds.), *Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas*. Barcelona: Masson. Tomado de [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_2/13-23\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf)
- Saavedra, C. 1988. “Fitness, salud y deporte”. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Año 3. No. 11*. <http://www.efdeportes.com/>
- Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis R., A.L., 2006. Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. E. Caballo, coord. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Editorial Pirámide, pp. 473-492.
- Scientific Advisory Committee on Nutrition (SACN) (2011). *Dietary Reference Values for Energy*. Londres, Reino Unido: [http://www.sacn.gov.uk/pdfs/sacn\\_dietary\\_reference\\_values\\_for\\_energy.pdf](http://www.sacn.gov.uk/pdfs/sacn_dietary_reference_values_for_energy.pdf)
- Simon, M.A. (1999) *Tratado de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Tremblay MS et al. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab* 35(6):725–740.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C., 2002. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, pp. 349-361.
- Velasco, M.L. y Sinibaldi, J.F.J., 2001. *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.
- Vinaccia, S. y Orozco, L., 2005. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1 (2), pp. 125-137.
- Vinaccia, S., Quiceno, M., Zapata, C., Gonzáles, A. y Villegas, J., 2006. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, pp. 125-134.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action* (WHO/MNC/03.01). Washington: Author.

## ANEXO 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA EDUCACION, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL**

### **Encuesta dirigida a funcionarios del Centro de atención para el adulto mayor “Los Arupos”**

Estimad@, me encuentro realizando un proceso investigativo acerca de la incidencia de la calidad de vida en la presencia de enfermedades en el adulto mayor, por lo que le solicito se digne en responder la siguiente encuesta.

**1. ¿Qué es para usted calidad de vida?**

---

---

---

**2. ¿Usted cree que la calidad de vida incide en la presencia de enfermedades?**

-SI ( )

-NO ( )

Argumente su respuesta

---

---

---

**3. En general, ¿cómo diría usted que es la calidad de vida del adulto mayor que asiste a este centro?**

-Buena ( )

-Considerable ( )

-Mala ( )

Argumente su respuesta

---

---

---



**4. De las siguientes enfermedades. ¿Cuáles presentan los adultos mayores?**

- Alzheimer ( )
- Parkinson ( )
- Atrofia muscular ( )
- Obesidad ( )
- Úlceras ( )
- Hipertensión ( )
- Arteriosclerosis ( )
- Depresión ( )
- Aislamiento ( )

**5. De las siguientes actividades de la vida diaria. ¿Cuáles de éstas el adulto mayor las realiza sin ayuda?**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| -Alimentación ( )                      | -Uso de inodoro ( )        |
| -Vestirse ( )                          | -Arreglo personal ( )      |
| -Ponerse los zapatos ( )               | -Sentarse en la silla. ( ) |
| -Ir de compras ( )                     | -Manejo de dinero ( )      |
| -Hablar por teléfono ( )               | -Escribir ( )              |
| -Tomar medicamento ( )                 | -Cuidado del hogar. ( )    |
| -Establecer contacto con los demás ( ) |                            |
| -Cuida a otras personas ( )            |                            |

**6. De las siguientes áreas. ¿Cuál cree usted que está afectada en el adulto mayor y a qué se debe?**

-Vida intelectual ( )

-Vida emocional ( )

-Vida física ( )

-Vida Familiar ( )

-Vida Social ( )

-Vida Económica ( )

-Vida Espiritual ( )

-Vida Laboral ( )

**¿A qué se debe?**

---

---

---

**GRACIAS**

## ÍNDICE DE BARTHEL

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

<u>INDICE DE BARTHEL</u>	
<b>Comida:</b>	
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
<b>Lavado (baño)</b>	
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
<b>Vestido</b>	
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
<b>Arreglo</b>	
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
<b>Deposición</b>	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios
0	Incontinente. Más de un episodio semanal
<b>Micción</b>	
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo ( botella, sonda, orinal ... ).
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
<b>Ir al retrete</b>	
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
<b>Transferencia (traslado cama/sillón)</b>	
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
<b>Deambulación</b>	
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión
<b>Subir y bajar escaleras</b>	
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	total
20-35	grave
40-55	moderado
>= 60	leve
100	Independiente

*Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria*

Item	Aspecto a evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono:	
	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
2	- No es capaz de usar el teléfono	0
	Hacer compras:	
	- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0
	- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0	
3	Preparación de la comida:	
	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
	- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
4	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
	Cuidado de la casa:	
	- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0	
5	- No participa en ninguna labor de la casa	0
	Lavado de la ropa:	
	- Lava por sí solo toda su ropa	1
	- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
6	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
	Uso de medios de transporte:	
	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0	
- No viaja	0	

**Máxima dependencia: 0 puntos**

**Independencia total: 8 puntos**

## INDICE

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PÁG.</b>
Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Ámbito geográfico.....	vii
Ubicación geográfica.....	viii
Esquema de tesis.....	ix
Título.....	1
Resumen.....	2
Introducción.....	4
Revisión de literatura.....	7
Materiales y Métodos.....	34
Resultados.....	37
Discusión.....	51
Conclusiones.....	54
Recomendaciones.....	55
Bibliografía.....	56
Anexos.....	59
Índice.....	141