



Universidad  
Nacional  
de Loja

# Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

Nivel de dependencia y calidad de vida de los adultos mayores del  
centro gerontológico Hogar Santa María Josefa de Macará periodo  
2022

**Trabajo de Titulación previo a la  
obtención del título de Psicóloga Clínica**

**AUTORA:**

Leidy Mabel Villalta Gutiérrez

**DIRECTORA:**

Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg. Sc.

Loja-Ecuador

2022

## Certificación

Loja, 16 de septiembre de 2022

**Psicóloga Clínica**

**Cindy Estefanía Cuenca Sánchez. Mg. Sc.**

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Certifico:**

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Titulación: **Nivel de dependencia y calidad de vida de los adultos mayores del Centro Gerontológico Hogar Santa María Josefa de Macará periodo 2022**, de autoría de la señorita estudiante Leidy Mabel Villalta Gutiérrez, con C.I. 1104544281, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:  
**CINDY ESTEFANIA  
CUENCA SANCHEZ**

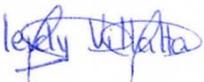
.....

**Cindy Estefanía Cuenca Sánchez. Mg. Sc.**  
**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

## **Autoría**

Yo, **Leidy Mabel Villalta Gutiérrez**, declaro ser autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente apoyo y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi trabajo de titulación en el Repertorio Institucional-Biblioteca Virtual

**Firma:** 

**Cédula de identidad:** 1104544281

**Fecha:** 15 de diciembre del 2022

**Correo electrónico:** leidy.villalta@unl.edu.ec mabelv\_0805@hotmail.com

**Teléfono:** 0985219780

**Carta de autorización del trabajo de titulación por parte de la autora para la consulta de producción parcial o total y publicación electrónica de texto completo.**

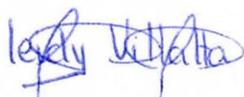
Yo, **Leidy Mabel Villalta Gutiérrez**, declaro ser autora del trabajo de titulación denominado: **Nivel de dependencia y calidad de vida de los adultos mayores del Centro Gerontológico Hogar Santa María Josefa De Macará periodo 2022**, como requisito para optar al grado de **Psicóloga Clínica**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los quince días del mes diciembre del año dos mil veinte y dos.

**Firma:**



**Autora:** Leidy Mabel Villalta Gutiérrez

**Cédula:** 1104544281

**Dirección:** Pedro Vidal 06-12 y Macará

**Correo institucional:** leidy.villalta@unl.edu.ec mabelv\_0805@hotmail.com

**Celular:** 0985219780

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Directora de trabajo de titulación:** Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Mg. Sc.

**Tribunal de Grado:**

**Presidenta del tribunal:** Dra. Karina Gabriela Rojas Carrión Mgs.

**Vocal Principal:** Psic. Cl. Anahy del Cisne Aguirre Collahuazo Mgs.

**Vocal Principal:** Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mgs.

## **Dedicatoria**

Este trabajo va dedicado a mis queridos padres, Armando Villalta y Lorena Gutiérrez por su esfuerzo, ser mis guías y apoyarme en todo momento para salir adelante.

A mi hijo Isaac Villalta quien es mi motor de lucha para no rendirme, recordándome que tengo un motivo más para seguir firme ante las dificultades y ayudarme a crecer como persona.

A mi hermano Marvin Villalta, mis abuelitos Artemiza, Mario, Otilia y Efrén, tías/os, quienes con consejos y enseñanzas también han sido parte de este proceso.

Finalmente, a mis amigas Camila y Lola quienes me han dado palabras de apoyo y aliento todos los días.

***Leidy Villalta.***

## **Agradecimiento**

Primeramente, agradezco a Dios por que sin Él nada de esto sería posible, por ayudarme a cumplir con mis metas y guiarme en el camino.

A mi directora de trabajo de titulación Psc. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, quien pacientemente y con constancia me ha ayudado a sacar adelante la presente investigación.

A la Universidad Nacional de Loja, en especial a los docentes de la carrera quienes han ido formándome con sus conocimientos.

A mi familia y amigos por su amor y apoyo incondicional.

*Leidy Villalta*

## Índice de contenidos

<b>Portada</b> .....	i
<b>Certificación</b> .....	ii
<b>Autoría</b> .....	iii
<b>Carta de autorización</b> .....	iv
<b>Dedicatoria</b> .....	v
<b>Agradecimiento</b> .....	vi
<b>Índice de contenidos</b> .....	vii
Índice de tablas.....	x
Índice de anexos.....	xi
<b>1. Título</b> .....	1
<b>2. Resumen</b> .....	2
2.1. Abstract.....	3
<b>3. Introducción</b> .....	4
<b>4. Marco teórico</b> .....	7
4.1. Envejecimiento y Funcionalidad.....	7
4.1.1. Envejecimiento.....	7
4.1.2. Envejecimiento normal.....	7
4.1.3. Envejecimiento patológico.....	8
4.1.4. Envejecimiento activo.....	8
4.1.5. Cambios fisiológicos del adulto mayor.....	9
4.1.5.1. Sistema músculo esquelético.....	9
4.1.5.2. Sistema sensorial.....	9
4.1.5.3. Sistema cardiovascular.....	9
4.1.5.4. Sistema respiratorio.....	10
4.1.5.5. Sistema digestivo.....	10
4.1.5.6. Sistema excretor.....	10
4.1.6. Clasificación de las personas mayores en base a sus necesidades sanitarias.....	10
4.1.7. Funcionalidad en el envejecimiento.....	10
4.1.7.1. Síndromes geriátricos que generan dependencia.....	11
4.1.8. Dependencia en el adulto mayor.....	12
4.1.8.1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).....	12
4.1.8.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIBD).....	13

4.1.9.	Tipos de dependencia .....	13
4.1.9.1.	Dependencia económica .....	13
4.1.9.2.	Dependencia psicológica .....	14
4.1.9.3.	Dependencia social. ....	14
4.1.9.4.	Dependencia funcional .....	14
4.1.10.	Grados de la dependencia funcional.....	15
4.1.10.1.	Grado I o también denominada dependencia moderada .....	15
4.1.10.2.	Grado II o Dependencia Severa .....	15
4.1.10.3.	Grado III o Conocido Como Gran Dependencia .....	15
4.1.11.	Consecuencias de la Dependencia Funcional en el Adulto Mayor .....	15
4.2.	Calidad de vida en el envejecimiento .....	16
4.2.1.	Calidad de vida.....	16
4.2.2.	Dimensiones de la calidad de vida .....	17
4.2.2.1.	Bienestar físico .....	17
4.2.2.2.	Bienestar material .....	17
4.2.2.3.	Inclusión social .....	17
4.2.2.4.	Bienestar emocional.....	18
4.2.2.5.	Desarrollo personal.....	18
4.2.2.6.	Relaciones interpersonales.....	18
4.2.2.7.	Autodeterminación .....	18
4.2.2.8.	Derechos. ....	18
4.2.3.	Indicadores de la calidad de vida .....	18
4.2.4.	Factores de la calidad de vida.....	19
4.2.5.	Calidad de vida e institucionalización.....	19
4.2.6.	Bienestar Subjetivo .....	20
4.2.7.	Bienestar Objetivo.....	20
<b>5.</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>21</b>
5.1.	Tipo y diseño de investigación .....	21
5.2.	Universo y muestra.....	21
5.3.	Criterios de inclusión.....	22
5.4.	Criterios de exclusión .....	22
5.5.	Técnicas e instrumentos.....	22
5.5.1.	Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (anexo 5). ....	22
5.5.2.	Evaluación de la Calidad de Vida en personas mayores- (FUMAT) (anexo 6). 23	

5.6. Procedimiento .....	24
5.7. Análisis estadístico .....	25
<b>6. Resultados .....</b>	<b>26</b>
<b>7. Discusión .....</b>	<b>39</b>
<b>8. Conclusiones .....</b>	<b>42</b>
<b>9. Recomendaciones .....</b>	<b>43</b>
<b>10. Bibliografía .....</b>	<b>44</b>
<b>11. Anexos .....</b>	<b>52</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla Nro. 1</b> Nivel de dependencia y nivel de calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico “Hogar Santa María Josefa” de Macará .....	26
<b>Tabla Nro. 2</b> Niveles de dependencia en adultos mayores .....	27
<b>Tabla Nro. 3</b> Niveles de calidad de vida en los adultos mayores .....	28
<b>Tabla Nro. 4</b> Dimensión: Bienestar emocional .....	70
<b>Tabla Nro. 5</b> Dimensión: Relaciones interpersonales .....	71
<b>Tabla Nro. 6</b> Dimensión: Bienestar material .....	72
<b>Tabla Nro. 7</b> Dimensión: Desarrollo personal .....	73
<b>Tabla Nro. 8</b> Dimensión: Bienestar físico .....	74
<b>Tabla Nro. 9</b> Dimensión: Autodeterminación .....	75
<b>Tabla Nro. 10</b> Dimensión: Inclusión social .....	76
<b>Tabla Nro. 11</b> Dimensión: Derechos .....	77

## Índice de anexos

<b>Anexo 1:</b> Aprobación del proyecto de titulación .....	52
<b>Anexo 2:</b> Designación de directora de trabajo de titulación .....	53
<b>Anexo 3:</b> Autorización del Centro Gerontológico .....	54
<b>Anexo 4:</b> Consentimiento informado.....	55
<b>Anexo 5:</b> Índice de Barthel .....	57
<b>Anexo 6:</b> Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT) .....	60
<b>Anexo 7:</b> Descripción de las actividades del plan psicoterapéutico .....	67
<b>Anexo 9:</b> Rectificación del proyecto de titulación.....	78
<b>Anexo 10:</b> Certificado de traducción de inglés.....	79
<b>Anexo 11:</b> Certificación del tribunal de grado.....	80
<b>Anexo 12:</b> Evidencias fotográficas .....	81

## **1. Título**

Nivel de dependencia y calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico  
Hogar Santa María Josefa de Macará periodo 2022

## 2. Resumen

El envejecimiento conlleva una serie de cambios y declives funcionales que pueden minar la capacidad de conservar la autonomía y esto a su vez resulta en implicaciones y comprometen seriamente la calidad de vida. La presente investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre el nivel de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico “Hogar Santa María Josefa” de Macará. Se utilizó un enfoque cuantitativo, no experimental con un corte transversal, de tipo descriptiva-correlacional. La muestra estuvo conformada por 27 adultos mayores mediante un muestreo no probabilístico, los instrumentos aplicados fueron el Índice de Barthel y Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT) de calidad de vida. Los resultados obtenidos demostraron que, existe una correlación significativa entre ambas variables siendo que, a mayor nivel de dependencia, menor nivel de calidad de vida. Así mismo, se evidenciaron niveles de dependencia en los adultos mayores, siendo la dependencia total y moderada la de mayor prevalencia. Respecto a la calidad de vida, predominó el nivel bajo en la población de estudio. Finalmente, se diseñó un plan de intervención con el fin de fortalecer y/o mantener la funcionalidad de los adultos mayores tendiente a mejorar su calidad de vida.

*Palabras clave:* Autonomía, Bienestar, Senectud, Funcionalidad.

## **2.1. Abstract**

The ageing process entails a series of changes and functional declines which can undermine the capacity to maintain autonomy and this in turn has implications and seriously compromises the life quality. This research aimed to determine the relationship between the level of dependency and the life quality of the older adults of the gerontological centre "Hogar Santa María Josefa" in Macará. A cross-sectional, descriptive-correlational methodology was used, with a quantitative approach. The sample consisted of 27 older adults, and the instruments used were the Barthel Index and the FUMAT quality of life scale. The data analysis was carried out applying the Statistical Product and Service Solutions (SPSS) software. The results obtained demonstrated that there is a significant correlation between the two variables, the higher the level of dependence, the lower the level of quality of life. Similarly, levels of dependence in older adults were found, with total and moderate dependence being the most prevalent. Regarding life quality, a low life quality level was predominant among the population. Finally, an intervention plan was designed aimed at strengthening and/or maintaining the functionality of older adults to improve their life quality.

*Key words:* autonomy, welfare, senescence, functionality.

### 3. Introducción

El actual cambio demográfico conlleva un aumento de población adulta mayor, lo que a su vez demanda una mayor atención desde el ámbito político y social, siendo considerado un grupo de atención prioritaria, dado por el mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas que genera cierta dependencia en la persona, afectando a su vez en la calidad de vida de quien lo padece.

Es natural que la persona sufra cambios al envejecer en el aspecto biológico y psicológico, y se vuelva vulnerable a presentar algún nivel o grado de dependencia (Quito, 2018). Esto provoca una vida con limitaciones y necesidades, algunas veces los adultos mayores no cuentan con un cuidador o familiar, marcando así estereotipos negativos, haciendo que los adultos mayores tengan miedo de llegar a esta etapa (Borbor, 2021).

La funcionalidad del adulto mayor disminuye por la pérdida de masa y función muscular deteriorando su fuerza, haciendo que cambien la forma de realizar las actividades que normalmente llevaba a cabo antes, considerándose un factor de morbilidad y mortalidad (Salluca y Velásquez, 2019). Muchos factores influyen en la funcionalidad, siendo los síndromes geriátricos, enfermedades degenerativas, y el lugar donde residen, los principales. Investigaciones demuestran que las personas institucionalizadas tienen mayor riesgo de dependencia funcional en comparación con los no institucionalizados. Los declives funcionales en dominios o situaciones de la vida minan la habilidad para permanecer independientes en la comunidad y comprometen seriamente la calidad de vida (Schulz et al., 1994).

Según la OMS la calidad de vida es:

La percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2021, párr. 3).

Para Borbor Rodríguez (2021), “la calidad de vida se evalúa mediante la percepción que tiene el individuo sobre su salud, condición de vida y satisfacción

general”, es así que la autonomía funcional es fundamental dentro de la satisfacción con la vida; al verse afectada por algún deterioro repercutirá en la calidad de vida de manera negativa (p.1).

Según Arévalo et al., (2018) en un estudio realizado en centros gerontológicos y geriátricos denominado “predictores de satisfacción con la calidad de vida en adultos mayores de Ecuador”, demuestra que uno de dichos predictores es la independencia de actividades diarias.

Aranco et al., (2018) demuestra en un estudio desarrollado en América Latina y el Caribe que “más de ocho millones de personas de 60 años o más son dependientes”, suponiendo que la dependencia se mantenga, para el 2050 el número de personas dependientes se triplicará, siendo más de 27 millones de personas, representando el 3% de personas en esos países y 14% del grupo etario

De acuerdo con el MIES en 2020, del total de adultos mayores que han sido atendidos, 1082 es decir el 5.8% presentan dependencia total, 4874 que representan el 26,1% tienen dependencia severa, y 12,742 que es el 68.1% con una dependencia moderada (Forttes Valdivia, 2020).

Antes la escasa investigación existente respecto a la dependencia y calidad de vida de las personas mayores en nuestro contexto, surge el interés de analizar la relación entre ambas variables, obteniendo una línea de base sobre el nivel de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores residentes en el centro gerontológico “Hogar Santa María Josefa” de Macará, conociendo así su condición actual con el fin de diseñar un plan de intervención psicoterapéutico destinado a fortalecer, mantener y/o mejorar la funcionalidad física y cognitiva, optimizando de esta forma la calidad de vida de los adultos mayores.

Los resultados de este estudio aportan datos de interés considerando que, hasta el momento, hay poca evidencia acerca de las variables estudiadas en nuestro contexto nacional y local. Una de las limitaciones a señalar, es que sus resultados no pueden ser generalizados al tratarse de una muestra reducida, por lo que sería de gran importancia, profundizar en este campo, ampliando la muestra, así como también, la posibilidad de realizar estudios longitudinales que puedan explorar como la funcionalidad se relaciona con la calidad de vida a largo plazo.

El marco teórico de esta investigación está compuesto por dos capítulos: 1) Envejecimiento y funcionalidad, en el que se abordó definición de envejecimiento, envejecimiento normal, envejecimiento patológico, envejecimiento activo, cambios fisiológicos del adulto mayor, clasificación de las personas mayores en base a sus necesidades sanitarias, funcionalidad en el envejecimiento, dependencia en el adulto mayor, tipos de dependencia, grados de dependencia funcional y consecuencias de la dependencia funcional en el adulto mayor; 2) calidad de vida en el envejecimiento, contextualizando la definición de calidad de vida, sus dimensiones, indicadores, factores, calidad de vida e institucionalización, bienestar subjetivo y objetivo.

## **4. Marco teórico**

### **4.1. Envejecimiento y Funcionalidad**

#### **4.1.1. Envejecimiento**

Se considera al envejecimiento como la etapa final en el ciclo vital, algo totalmente natural para las personas que tienen la oportunidad de llegar a la vejez. Es normal que con el tiempo se produzcan cambios visibles, que causa en el adulto mayor tensión, estrés, ansiedad y vulnerabilidad debido al concepto creado en la sociedad y a las enfermedades (Da Silva, 2017). Se caracteriza por cambios producidos a lo largo de la vida causados por 3 factores relacionados entre sí: genéticos, ambientales y de riesgo. Estos cambios a su vez producen desgaste en la salud y deterioro funcional lo que lleva a que se presenten situaciones de incapacidad en el adulto mayor tales como: inmovilidad, inestabilidad y deterioro cognitivo (Laguado et al., 2017).

Hansen (2003, como se citó en Almeyda Ramos, 2018) menciona algunas características presentadas durante la etapa de la vejez, por ejemplo:

Disminución en la capacidad de adaptación, una reducción en la velocidad de desempeño y un aumento en la susceptibilidad de enfermedades, los efectos perjudiciales del envejecimiento se manifiestan de dos maneras, en primer lugar, se reduce la capacidad del individuo para responder de manera eficaz a los estresores externos, en segundo lugar el envejecimiento se vincula con una mayor probabilidad de muerte, el aumento en el riesgo de mortalidad puede derivarse de una menor capacidad para mantener la homeostasis, es decir, el estado de equilibrio fisiológico relacionado con aspectos como la temperatura, y el nivel de azúcar en la sangre. (p. 24)

#### **4.1.2. Envejecimiento normal**

El envejecimiento normal se entiende como el envejecimiento saludable, es decir que no hay enfermedad o deterioro alguno (Moragas, 1991). Si bien es cierto no todas las personas envejecen de la misma manera, pero existen cambios que surgen por la edad misma considerados normales o naturales y que son inevitables. Por ejemplo, la pérdida de la vista, dificultad para escuchar, así como la pérdida de elasticidad en la piel, son cambios esperados en la vejez. También el deterioro leve de la capacidad mental es considerado algo natural, como el olvidar pequeños detalles, donde se dejó las llaves, o

la dificultad de aprender nuevas cosas, sin embargo, al volverse esto grave ya es considerado una demencia y por ende algo patológico (Besdine, 2019).

#### **4.1.3. Envejecimiento patológico**

El envejecimiento patológico se puede entender como la incapacidad de poder combatir desequilibrios los cuales pueden causar desgastes o pérdidas durante la vejez, a su vez esto detiene el adaptarse a la situación y hace parecer a la vejez como algo malo (Zerda, 2019).

Es indiscutible que con el pasar de los años se produzca un declive en la vitalidad del ser humano afectando principalmente al cerebro, causando déficit de memoria, pérdida de flexibilidad, enlentecimiento de habilidades motoras. En si envejecer no es una enfermedad, pero en esta etapa aumenta el riesgo de adquirir enfermedades teniendo consecuencias negativas (Montero et al., 2018).

Por lo general se refiere a las demencias, en el que existe pérdida de las capacidades intelectuales lo que causa una dificultad en el funcionamiento de diversos ámbitos de la persona como el social, laboral, familiar, etc. No solo se trata del deterioro de la capacidad mental y habilidades sociales, sino también de la falta de conciencia de enfermedad. Ya que si se le pregunta a una persona sobre su memoria dirá que está bien, aunque olvide al instante todo lo hablado (Patti Gelabert, 2017).

#### **4.1.4. Envejecimiento activo**

Generalmente envejecer activamente se basa en 4 aspectos principales: participación, salud, seguridad y aprendizaje permanente. Según la OMS existen determinantes del envejecimiento, estos son: cultura, género, servicios de salud, servicios sociales, conductas, factores personales, psicológicos, entorno físico, social, económicos. Todos estos factores mencionados ayudan a lograr un envejecimiento activo y saludable.

El envejecer bien o activamente no solo beneficia a las personas mayores, sino a todas las personas, ya que lo que se busca es que tengan más tiempo su independencia y autonomía. Además, forma una sociedad donde los derechos y valores de las personas sean posibles para todos y que sean reconocidos como tal (Limón, 2018).

#### **4.1.5. Cambios fisiológicos del adulto mayor**

Durante el envejecimiento se experimentarán una serie de cambios tanto a nivel físico como mental, los cuales son normales en esta etapa. “Estos cambios son progresivos e irreversibles se deterioran por la interacción con los hábitos, la dieta, el ejercicio, los antecedentes de enfermedades crónicas, el medio ambiente, diferente en cada anciano” (Toapanta Valdiviezo, 2020, p.9).

**4.1.5.1. Sistema músculo esquelético.** Alanya Chipana (2019) menciona que, se pierde masa muscular y es progresiva con el paso de los años, provocando a su vez una disminución en el peso y la fuerza. Hay una reducción de la masa ósea, volviéndose los huesos frágiles y porosos debido al déficit de vitaminas.

Se produce rigidez en las articulaciones perdiéndose la elasticidad y flexibilidad, debido al desgaste de cartílagos, tendones y ligamentos causando dolor en la persona.

**4.1.5.2. Sistema sensorial.** Audición: adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de elasticidad, disminución en la conducción del sistema de huesillo, lo que provoca pérdida de audición o alteraciones en las frecuencias.

Visión: pérdida de contenido graso en la órbita, disminución de la pupila, cornea menos transparente, aumento de tamaño del cristalino, reducción de la fagocitosis de pigmentos en la retina, aparecen cataratas, provocando pérdida de la visión (Salech et al, 2012).

Olfato y gusto: trabajan juntos ya que los olores están asociados a los sabores, presentándose dificultad para diferenciar lo salado, dulce, ácido, etc., causado por la degradación de papilas gustativas. La disminución del olfato está relacionada con la pérdida de terminaciones nerviosas y baja producción de moco en la nariz.

Tacto: para Alanya Chipana, (2019) está relacionado al desgaste de músculo, articulaciones, tendones, se produce sequedad en la piel, arrugas y flacidez.

**4.1.5.3. Sistema cardiovascular.** El tamaño y peso del corazón aumenta al igual que el grosor de los ventrículos, aumento de colágeno lo que causa fibrosis y rigidez ventricular. Las arritmias en el corazón son muy comunes, reducción de vasos sanguíneos y pérdida de elasticidad, los lípidos se acumulan en las arterias obstaculizando el paso de la sangre, desencadenando aterotrombóticos, eventos embólicos, arterioesclerosis.

**4.1.5.4. Sistema respiratorio.** Debilitamiento de los músculos intercostales, calcificación de los cartílagos costales, cifosis marcada en la columna, alteración de tejido pulmonar. Todo esto puede provocar una disminución de oxígeno en la sangre, dando lugar a enfermedades respiratorias muy comunes en los adultos mayores (Salech et al, 2012).

**4.1.5.5. Sistema digestivo.** Menor producción de saliva, atrofia de la mucosa muscular, la digestión se dificulta ya que es importante la masticación, la disminución de estos movimientos hacen que posteriormente se den problemas de colon, estreñimiento debido al enlentecimiento de tránsito intestinal.

**4.1.5.6. Sistema excretor.** Menos capacidad del riñón para expulsar desechos por ellos se produce la incontinencia debido al aumento de la frecuencia de ir al baño, causando estos a su vez problemas de vías urinarias (Alanya Chipana, 2019).

#### **4.1.6. Clasificación de las personas mayores en base a sus necesidades sanitarias**

Según Delgado (2018) en base a las necesidades sanitarias las personas mayores se clasifican de la siguiente manera:

- Personas mayores sanas: como su nombre mismo lo indican son adultos mayores que gozan de un buen estado de salud sin ningún tipo de enfermedades.
- Personas mayores enfermas: este tipo de adulto tiene algún patología aguda o crónica pero que no lo incapacita totalmente.
- Ancianos de alto riesgo: todavía no cumplen los criterios de un paciente geriátrico, pero necesita cuidados o algún tipo de atención institucional, por ejemplo, aquellos ancianos solos, que toman muchos medicamentos, etc.
- Paciente geriátrico: debe cumplir 3 o más de los siguientes criterios: más de 5 años, presenta alguna enfermedad que lo invalida, muestra pluripatología, además puede tener patología mental. Estas personas necesitan de una atención especial debido a su incapacidad ya sea física o mental.

#### **4.1.7. Funcionalidad en el envejecimiento**

Para la OMS (1985, como se citó en Sanhueza et al., 2005) un adulto funcional es “aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal” (párr. 17). Hace referencia a “la capacidad de realizar autocuidado, auto mantenimiento y actividad física” (Sanhueza et

al., 2005). Generalmente la función abarca tanto a las capacidades básicas de la vida diaria como a las instrumentales.

Al envejecer las personas experimentan cambios y enfermedades que provocan un deterioro en las capacidades físicas en los adultos mayores y así volviéndose dependientes. A nivel biológico el paso de los años causa un desgaste tanto en la capacidad física como mental, pero hay que recordar que en cada uno de manera diferente ya que habrán personas de tercera edad gozan de un buen funcionamiento y otras que son frágiles.

Además de los cambios biológicos también hay que tener en cuenta que al envejecer las personas pasan por “la jubilación, la reubicación a una vivienda más adecuada y la muerte de amigos y parejas”, por ello es muy importante tener en cuenta reforzadores en su vida que ayuden a su adaptación (Alanya Chinapa, 2019).

**4.1.7.1. Síndromes geriátricos que generan dependencia.** Existen algunos síndromes geriátricos que pueden causar dependencia funcional en una persona, entre los más importantes y comunes, tenemos:

- Síndrome de inmovilidad: un deterioro funcional que no se ha tratado a tiempo puede generar este síndrome, que se caracteriza por la disminución de la capacidad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria debido a que no se pueden ejecutar funciones motoras.

- Incontinencia urinaria y fecal: la incontinencia urinaria se refiere a cualquier escape de orina que cause malestar en la persona, es considerado uno de los más grandes síndromes debido a su alta prevalencia, repercusiones clínicas, psicológicas, sociales, familiares y económicas. La incontinencia es la incapacidad de controlar la evacuación de heces fecales provocando un escape inesperado de las mismas; tiene un impacto físico, económico y social, afectando tanto a la calidad de vida del adulto mayor como en la sobrecarga del cuidador.

- Polifarmacia: hace referencia que una persona usa varios medicamentos, debido a que el adulto mayor es más propenso a enfermedades crónicas las cuales deben ser tratadas con varios medicamentos, es muy común este síndrome en los adultos mayores.

- Fragilidad: disminución de la fuerza y resistencia lo cual incapacita la adaptación del organismo, provocando dependencia o en el peor de los casos la muerte.

- Sarcopenia: pérdida progresiva de la masa y fuerza muscular esquelética, causando discapacidad física, mala calidad de vida incluso la muerte (Arrechedera y Febres, 2022).

#### **4.1.8. Dependencia en el adulto mayor**

Para el Consejo de Europa (1998, como se citó en González Rodríguez, 2017) la dependencia es:

“la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o de forma más amplia y específica como: "un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica e intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de forma particular, los referentes al cuidado personal".

“Los cambios que se producen a medida que envejecemos, hacen de la persona mayor una persona vulnerable y susceptible de llegar a algún nivel de dependencia”. “La pérdida de la funcionalidad conlleva la pérdida de bienestar o salud y la buena salud es esencial para que las personas mayores conserven una calidad de vida aceptable, y para asegurar su contribución continuada en la sociedad” (García y Flores, 2012, como se citó en Quito, 2018, p. 25).

Además del envejecimiento son muchos los factores que influyen en la dependencia. La disminución del funcionamiento físico proceso natural del envejecimiento acompañada de enfermedades y la forma en cómo vive la persona, podría ocasionar que el adulto mayor no pueda realizar las actividades de la vida diaria por sí solos (Quito, 2018).

**4.1.8.1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).** Estas actividades se realizan a diario a manera de rutinas automáticamente para el cuidado del propio cuerpo que no pueden ser realizadas por otra persona, más que por sí mismo, no necesitan mucho esfuerzo ya que son sencillas y son indispensables para sobrevivir. Entre estas tenemos:

- Bañarse
- Vestirse
- Alimentación

- Control en los esfínteres
- Movilidad funcional
- Higiene personal y aseo
- Dormir

**4.1.8.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIBD).** Son más complejas que las actividades básicas ya que es necesario interactuar con el medio pudiendo encargarse a otra persona. Requieren más esfuerzo, organización y prevención, además no son tan indispensables para la supervivencia como las anteriores, pero si para su independencia. La Asociación de padres de personas con discapacidad intelectual de la comarca del xallas (ASPADEX, 2020) menciona algunas de las actividades instrumentales las cuales son:

- Cuidado de otros o mascotas.
- Uso de los sistemas de comunicación como teléfono.
- Movilidad en la comunidad ya sea en carro propio u otro transporte.
- Manejo de dinero.
- Cuidado de la salud como tomar su medicamento, ir al médico.
- Crear y mantener un hogar.
- Cocinar y limpiar.
- Procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia.
- Ir de compras.

#### **4.1.9. Tipos de dependencia**

Existen 4 tipos de dependencia: la económica, la psicológica, la social y la funcional (física y mental)

**4.1.9.1. Dependencia económica.** Este es el que más importancia ha tenido a partir del crecimiento de la población de adultos mayores, ya que en este punto de la vida es donde estas personas se convierten en pasivas y muchas veces involuntariamente, puesto que a mayor edad habrá menos posibilidades de encontrar un trabajo, así dejan de ser quienes abastecen el hogar y de alguna manera pasan a depender en la mayoría de los casos de sus hijos. En caso que hayan sido trabajadores formales, al jubilarse pueden quedar amparados por su jubilación, pero, aunque tenga derecho a los servicios de salud y mensualidad no cubre con todos los gastos necesarios para estar personas. Mas aun si han sido trabajadores informales por ende no contarían con una pensión mensual.

**4.1.9.2. Dependencia psicológica.** Hace referencia al resultado de una condición mental adquirida de desamparo, cuando la dependencia no está dada por un deterioro funcional, sino más bien por estereotipos, prejuicios, estigmas, et., ya que se acepta la ayuda de otra persona sin ser necesaria esta, involucra la interacción del individuo con el medio.

**4.1.9.3. Dependencia social.** Hasta alrededor de los años 70 el adulto mayor tenía un gran valor no solo por su aporte económico, sino más bien por sus grandes conocimientos y el saber dirigir o liderar, era símbolo de guía. Con el paso del tiempo y los cambios culturales, de valores y en la familia mismo, al adulto mayor se lo ha llevado a la necesidad de buscar afecto, amor, etc. Aún más cuando el adulto mayor es alguien que vive solo será mayor la dependencia social. Estudios han demostrado que cualquiera que sea el apoyo que se les dé a las personas mayores tendrán mejor salud ya sea física o mental, después de la familia el apoyo puede venir de los amigos, vecinos y quienes fueron compañeros de trabajo. Además, que existen asociaciones o grupos comunitarios que se encargan de ayudar a este tipo de personas (Agudelo Botero y Medina Campos, 2014).

**4.1.9.4. Dependencia funcional.** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) la dependencia funcional “ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria sin ayuda” (p. 247).

Araña-Suárez (2011, como se citó en Cerquera et al., 2017) se refiere a la dependencia funcional como aquello que impiden a una persona ya sea por un desgaste tanto en su autonomía física como psíquica e intelectual, que lleve a cabo actividades diarias como es el aseo personal (bañarse, ir al baño, lavarse los dientes), caminar, levantarse, utilizar el teléfono, comer, etc (p. 400).

De acuerdo con Batles M y Wahl H. (como se citó en Apaza Vilca, 2019) mencionan que la dependencia funcional es “la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él” (p. 32).

**4.1.9.4.1. Dependencia física.** Esta hace referencia a la pérdida funcional de la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria como son el vestirse, el uso del baño, asearse, comer, sentarse, es decir lo principal para el cuidado propio de la persona y su autonomía. Hay que tener en cuenta que todo esto depende además de su

entorno y la medida en que pueda realizar estas tareas, puesto que a medida que avanzan los años el adulto mayor necesita que su entorno físico se adecue a sus capacidades. Durante los cambios que se producen con la vejez se pueden ver perjudicadas funciones tanto orgánicas como mecánicas, además de la pérdida sensorial como la vista o audición, todo esto limitan la capacidad del adulto mayor.

**4.1.9.4.2. Dependencia mental.** Esta va de la mano con la dependencia física, está enfocado en el deterioro de las capacidades mentales el cual afecta a la función cognoscitiva provocando desde un deterioro leve o en el peor de los casos la demencia, si existe alguna limitación física este deterioro mental puede incrementar más. Este tipo de dependencia puede afectar a la adherencia terapéutica por lo tanto no habrá una evolución favorable.

#### **4.1.10. Grados de la dependencia funcional**

**4.1.10.1. Grado I o también denominada dependencia moderada.** La persona requiere de apoyo para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día.

**4.1.10.2. Grado II o Dependencia Severa.** Aquí la o las personas necesitan de ayuda de 2 a 3 veces por día para poder hacer alguna actividad cotidiana, pero esta ayuda no de manera permanente.

**4.1.10.3. Grado III o Conocido Como Gran Dependencia.** Hace referencia a la persona que es totalmente dependiente de forma funcional de otra y necesita de ayuda de manera constante todo el día (Del Barco, s.f.).

#### **4.1.11. Consecuencias de la Dependencia Funcional en el Adulto Mayor**

El depender de una persona para realizar cualquier tarea cotidiana puede traer consecuencias en el adulto mayor, ya que desde el momento que ha empezado su proceso de envejecimiento puede ser un factor de riesgo para desencadenar un desequilibrio emocional y más aún si se suma el hecho de convertirse en una persona dependiente. La dependencia puede provocar una baja autoestima en el adulto mayor, así como disminuir la percepción de bienestar, por parte de la demás se puede generar maltrato, abandono y marginación hacia la persona de tercera edad dependiente. Dentro de la familia se pueden desencadenar cambios tanto en su relación como en la realización de las tareas de los miembros del hogar por lo que muchas de las veces se ven en la necesidad de contratar un cuidador formal o dejarlos en centros gerontológicos (Apaza Vilca, 2019)

## **4.2. Calidad de vida en el envejecimiento**

### **4.2.1. Calidad de vida**

A lo largo de la historia se ha ido acuñando diversas definiciones a la calidad de vida, pero cabe recalcar se todo estos relacionados, aquí algunas definiciones:

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (1966, como se citó en Robles Espinoza et al., 2016) la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (p. 121).

Levy y Anderson (1980, como se citó en Ardila, 2003) mencionan que “calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” (pp. 162-163).

Generalmente al referirse a la vejez se la relaciona con deterioro o pérdida de las capacidad física y mental. En la antigüedad a las personas mayores eran tomados como seres sabios, respetables, signo de fuerza y conocimiento, siendo las principales personas en el hogar. Con el paso del tiempo este concepto de adulto mayor ha ido cambiado y ha tomado otro significado, pues al hablar de una persona adulta mayor inmediatamente se piensa en alguien dependiente que no puede valerse por sí mismo o alguien enfermo y lamentablemente esto hace que sean considerados como una carga en la familia, optando muchas de las veces por abandonarlos sin ningún tipo de ayuda.

Estudios llevados a cabo en México sobre discriminación dio como resultado que la población adulta mayor ocupa el cuarto lugar vulnerables a la discriminación, en lugar de aceptar como un proceso y etapa normal de las personas, la vejez causa cierto tipo de tristeza en las personas que la están atravesando ya que se tiende a marginar, excluir y mirar con lastima a los ancianos.

Durante esta etapa es normal que la persona experimente cambios físicos, mentales y sociales. Y una de las mayores desventajas que tiene es que son mayormente susceptibles a enfermedades de deterioro cognoscitivo y físico. También hay que tomar en cuenta que por el hecho de ya no contar con un trabajo pasan a tener una dependencia económica o la pobreza.

Entre el 2010 y 2050 se calcula que pasaran de 3 a 15 millones de personas de la tercera a algún tipo de limitaciones físicas. La calidad de vida para estas personas se

relaciona también con los cuidados, respeto y protección hacia ellos y sus derechos. Por ende, para determinar su calidad de vida se toma en cuenta los elementos tanto objetivos como subjetivos (Romero y Montoya Arce, 2017).

Se sabe que la calidad de vida está estrechamente relacionada con la satisfacción de la persona a sus necesidades, causando sentimientos de bienestar y felicidad. En cada etapa de la vida estas necesidades van cambiando, de acuerdo con Ludi (2011, como se citó en Celeiro y Galizzi, 2019) en la vejez “están relacionadas con factores como recursos económicos, salud general, relaciones familiares, apoyo y participación social” (p.32).

Otro de los factores que tienen gran importancia dentro de la calidad de vida del adulto mayor es como se perciben ellos mismos. El aceptar esta etapa como normal e igual que cualquier otra etapa en donde, así como puede haber pérdidas también se pueden adquirir nuevas cosas o conocimientos.

#### **4.2.2. Dimensiones de la calidad de vida**

Según Schalock existen 8 dimensiones que constituyen una vida de calidad, presenten o no algún tipo de discapacidad. Así tenemos:

**4.2.2.1. Bienestar físico.** Es cuando la persona goza de una buena salud y capacidad para realizar actividades de la vida diaria, es decir contar con un buen funcionamiento físico, adecuada nutrición, atención sanitaria. Se puede lograr todo esto a través de una alimentación balanceada y menos grasas buscando consumir productos que más que saciar el hambre aporten al organismo vitaminas y nutrientes, realizar actividades como ejercicios que ayuden a estar en movimientos y que ayude a sentirse en forma. Cabe recalcar que se debe disponer de una buena atención médica donde se realice constantes controles de su salud. Además, los hábitos de sueño son muy importantes para lograr un mayor bienestar físico en las personas.

**4.2.2.2. Bienestar material.** Este hace referencia a lo económico de la persona, el que pueda contar con dinero para cubrir sus necesidades, poder contar con un empleo y un techo donde vivir. Asegurar su economía para el futuro es muy indispensable ya que al envejecer es más difícil encontrar un empleo.

**4.2.2.3. Inclusión social.** Aquí se habla de la relación que se tiene con los demás, el sentirme miembro de la sociedad, aceptado. El conectar con redes de apoyo, fomentar la participación en actividades sociales, contar con un buen ambiente laboral

ayudan de alguna manera a la integración de las personas en la sociedad y que no se sientan marginados.

**4.2.2.4. Bienestar emocional.** Hace mención al aspecto psicológico, alta autoestima y estabilidad emocional. Para lograrlo se necesita dejar de lado preocupaciones, estrés, sentirse seguros, felices, contar con la satisfacción propia. La espiritualidad también es muy importante dentro de este ámbito y el contar con ambientes positivos.

**4.2.2.5. Desarrollo personal.** Se centra en el aspecto individual de cada personal, mejorar talentos y habilidades para sentirse realizado y superarse personalmente. Adquirir nuevos conocimientos, sentirse que es capaz de realizar cualquier cosa. Cambiar sus debilidades por fortalezas y reconocer sus virtudes.

**4.2.2.6. Relaciones interpersonales.** Se refiere a las relaciones con la familia, vecinos, amistades, compañeros de trabajo, incluida la relación que se tiene con la pareja o cónyuge. Es importante el relacionarse positivamente con los demás ya que las personas somos seres biopsicosociales que necesitamos de la interacción con los demás, de un apoyo brindado.

**4.2.2.7. Autodeterminación.** Significa decidir por uno mismo, es decir que la persona pueda tomar sus propias decisiones, que es lo que quiere, como quiere que sea su vida, que le gusta, que no le gusta, donde quiere vivir, con que personas quiere estar. Hay que tomar en cuentas las metas e intereses personales que se quiere alcanzar.

**4.2.2.8. Derechos.** Todas las personas independientemente de su condición, etnia, preferencia, genero, etc. Tienen derechos, que sean aceptados y tratados por igual, que se respeten sus opiniones, forma de ser, gustos, etc. Además, tienen derecho a que sea respetada su intimidad (Aexpainba y Fundación Madalena Moriche, 2021).

### **4.2.3. Indicadores de la calidad de vida**

En base al criterio del Editorial Etecé (2022), se establecen tanto indicadores como factores de calidad de vida:

- Trabajo
- Salud física y emocional
- Educación
- Ocio y relaciones sociales
- Seguridad física y personal

- Entorno y medio ambiente
- Nivel de felicidad

#### **4.2.4. Factores de la calidad de vida**

- Contexto ambiental
- Satisfacción personal
- Entorno social
- Condiciones vitales
- Cultura y sociedad
- Factores económicos
- Factores de salud

#### **4.2.5. Calidad de vida e institucionalización**

En el momento en que el adulto mayor ingresa a una residencia gerontológica, su vida pasara por diversas transformaciones hasta lograr su adaptación, se experimentaran cambios en sus costumbres o características. Para Salvarezza (1998, como se citó en Celeiro y Galizzi, 2019) el entrar a una residencia implicara una “reubicación especialmente dura y difícil de elaborar” para la persona mayor (p. 43). Es muy importante tener en cuenta que estos cambios no solo experimentan el paciente, sino también la familia y personal que trabaja en el lugar para poder cubrir las necesidades del residente.

El lugar de residencia o entorno donde se encuentra el adulto mayor influye en su envejecimiento, ya sea de manera positiva o negativa. Ya sea el hogar o una institución va a existir una diferencia tanto en su funcionalidad como en la percepción de calidad de vida. La institucionalización está relacionada con aspectos negativos como aumento de mortalidad y baja calidad de vida (Herazo, 2017).

Así es como Leturia Arrazola (1999) plantea que los centros residenciales deben crear “medidas destinadas a preservar la intimidad, libertad y autonomía, evitando la sensación de ruptura y aislamiento”. Proporcionando un ambiente lo más semejante al hogar lo más adecuado para su adaptación, además deben trabajar personalmente con cada una de las personas realizando valoración, seguimiento y apoyo.

#### **4.2.6. Bienestar Subjetivo**

También llamado hedónico quiere decir que sentimientos o emociones que se experimenta de forma inmediata. Muchos autores mencionan que hay 2 aspectos dentro de este bienestar: lo cognitivo y lo afectivo, relacionado entre sí.

Se considera que los afectos positivos son aquellos que causar sensación agradable en la persona como: la felicidad, alegría, entusiasmo, estar activo, orgulloso, atento, etc. En cuanto a los afectos negativos podemos decir que son aquellos que causar todo lo contrario a lo agradable: estar nervioso, tristeza, melancolía, soledad, miedo, etc (Sanabria Hernández, 2016).

Según Diener (1995, como se citó en, Sanabria Hernández, 2016) hay 3 categorías que componen el bienestar subjetivo, estas son: satisfacción con la vida, afectos tanto positivos como negativos y por último la felicidad percibida como una virtud (p.18).

En los elementos subjetivos encontramos: intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida (Marcial et al., 2016).

#### **4.2.7. Bienestar Objetivo**

Al contrario del bienestar subjetivo, este se mide por lo externo y observable. Está unida a la universalidad debido a que “son comunes a todos los seres humanos” (Doyal y Gough, 1994, como se citó en Manfredi y Actis Di Pasquale, 2017, p. 3) o “porque existen ciertos estándares explícitos de la buena vida que pueden ser evaluados por una persona externa imparcial” (Veenhoven, 2000, como se citó en Manfredi y Actis Di Pasquale, 2017, p. 3). La aceptación por parte de la sociedad, de las personas con quienes han establecido un vínculo y con el entorno mismo que los rodea es muy importante para el desarrollo del ser humano.

Dentro de los elementos objetivos tenemos: bienestar material, salud objetivamente, relación armónica con el ambiente y comunidad (Marcial et al., 2016).

## **5. Metodología**

La presente investigación se realizó en el Centro Gerontológico “Hogar Santa María Josefa” ubicada en la provincia de Loja, cantón Macará, sector urbano, barrio Santa Marianita entre avenida Jaime Roldós Aguilera y Tarqui. Es dirigido por la “Congregación Siervas de Jesús de la Caridad” en convenio con el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Tiene como misión el cuidado y atención integral a los enfermos, los niños/as, adultos mayores y demás personas necesitadas; desarrollando actividades que permitan tener una mejor calidad de vida física y emocional, y ante todo brindando acogida segura, alegre y cariñosa.

Su visión es ser en el cantón Macará y sus alrededores un hogar que brinde esperanza, acogida a las personas adultas mayores. Ofreciendo conjuntamente con el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) los programas de ayuda con un servicio de calidad, calidez y gratuidad especialmente con los más necesitados.

### **5.1. Tipo y diseño de investigación**

Tiene un enfoque cuantitativo, porque ambas variables tanto del nivel de dependencia como la calidad de vida se medirán a través de herramientas estadísticas.

La presente investigación es no experimental, con un corte transversal, ya que no se manipularán ninguna de las variables y los instrumentos de recolección de datos se llevarán a cabo en un solo momento determinado en este caso periodo 2022.

Además, tiene un alcance descriptivo y correlacional, porque en la recolección se podrá obtener datos específicos sobre el nivel de dependencia y el nivel de calidad de vida, por ende, se podrá saber la relación entre ambas variables.

### **5.2. Universo y muestra**

El universo de la investigación estuvo conformado por 30 adultos mayores entre ellos mujeres y varones, que comprenden edades desde 65 años a más. Para llevar a cabo la investigación se trabajará con un muestreo no probabilístico.

La muestra final constó de 27 adultos mayores, de acuerdo a los criterios de exclusión.

### **5.3. Criterios de inclusión**

- Adultos mayores de 65 años a más que residan en el centro gerontológico.
- Adultos mayores que acepten participar en la investigación.

### **5.4. Criterios de exclusión**

- Adultos mayores que se nieguen a participar en el estudio.
- Adultos mayores gravemente afectados o con discapacidad que les impida dar respuesta a la evaluación.

### **5.5. Técnicas e instrumentos**

- Test psicológicos

Para la recolección de datos para el presente trabajo investigativo se utilizarán tanto la entrevista como los siguientes instrumentos psicológicos:

#### **5.5.1. Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (anexo 5).**

También conocido como Índice de Discapacidad de Maryland, fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel y lo publicaron en 1965. Posteriormente fue traducida al español y publicada en 1993, es la más utilizada en ingreso a residenciales. Consta de 10 ítems que miden las actividades básicas de la vida diaria (ABDV), 8 son actividades diarias (comer, trasladarse entre silla y cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse, subir y bajar escaleras, vestirse o desvestirse) y 2 funciones corporales (control de heces y orina) (González Rodríguez et al., 2017).

Fiabilidad. “Buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97”. “En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un Alpha de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original y de 0,90-0,92 para la versión propuesta por Shah et al” (Ruzafa y Moreno, 1997, párr. 15).

Validez. “Hay que tener en cuenta que este índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio”, “existen evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la llamada "validez de constructo" o validez de concepto”. “En este sentido se ha observado que el IB inicial es un buen predictor de la mortalidad” (Ruzafa y Moreno, 1997, párr. 16).

Calificación. De acuerdo con González Rodríguez et al. (2017) menciona que a cada una de las actividades se les puede asignar una puntuación desde 0 a 10 o 15. En cuanto a la puntuación total esta oscila entre 0 a 100 o 90 si usa silla de ruedas, sus puntos de corte son los siguientes: 0-20 (dependencia total), 21-60 (dependencia severa), 61-90 (dependencia moderada), 91-99 (dependencia escasa), 100 (independencia) y 90 (independencia si usa silla de ruedas). Inicialmente se realizaba en cuanto a la observación, actualmente se le puede preguntar directamente al adulto mayor o a su cuidador.

Según el Equipo multidisciplinar de Mit Centro de día (2021) tiene las siguientes ventajas:

- Buena validez y fiabilidad,
- No hay molestia para el evaluado
- Fácil de aplicar, usar y evaluar
- No necesita adaptación lingüística (Equipo multidisciplinar de Mit Centro de día, 2021).

#### **5.5.2. Evaluación de la Calidad de Vida en personas mayores- (FUMAT) (anexo 6).**

Se puede aplicar a personas mayores de 50 años y personas con discapacidad de 18 años en adelante. Consta de 57 preguntas con opciones de 1 a 4 en cada una en donde se evalúa la calidad de vida a través de una evaluación objetiva de 8 dimensiones.

- Bienestar emocional
- Bienestar físico
- Bienestar material
- Relaciones interpersonales
- Inclusión social
- Desarrollo personal
- Autodeterminación

- Derechos (Verdugo, Gómez, y Arias, 2009, como se citó en Sanabria Hernández, 2016).

Fiabilidad. Para determinar la fiabilidad se realizó mediante los coeficientes de consistencia interna, en donde se aumentó según el coeficiente Alfa de Cronbach  $\alpha = ,962$  y disminuyó la correlación entre dos mitades de Spearman-Brown  $r = ,894$ . Basado en la estructura factorial se determinó que según Zeta de Carmines  $\Theta = ,968$  y Omega  $\Omega = ,991$ .

Validez. En un análisis de k-medias, “podemos concluir que la Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT) permite diferenciar entre grupos de personas según sus puntuaciones de calidad de vida, constatando así su validez discriminante”. De acuerdo con la validez convergente “las correlaciones encontradas oscilaron entre ,192 y ,874. La mayor parte de los coeficientes oscilaban entre ,300 y ,700”.

Calificación. Cada ítem se evalúa en una escala tipo Likert de 1-4, donde 1 es (nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre o casi siempre’). Luego se procederá a sumar la calificación de cada dimensión, estos resultados se los sumará y pasará a interpretar en los baremos, para finalmente obtener el perfil de calidad en la escala de GENCAT (Verdugo Alonso et al., 2009).

## **5.6. Procedimiento**

### **Primera etapa**

Se realizó una búsqueda bibliográfica de acuerdo a las variables planteadas para complementar el proyecto de investigación, evidenciando la viabilidad y así dar paso a su aceptación y aprobación.

### **Segunda etapa**

Una vez aprobado el tema a investigar se solicitó el permiso correspondiente a la principal autoridad del Centro Gerontológico para llevar a cabo la presente investigación, el cual fue aprobado dando paso a la siguiente etapa.

### **Tercera etapa**

Se socializó de manera personal la información pertinente acerca de la investigación, luego se entregó de los consentimientos informados a cada adulto mayor,

una vez autorizado y firmado se continuó con la aplicación de los instrumentos de medición.

#### **Cuarta etapa**

Se aplicó el Índice de Barthel de manera individual a los adultos mayores en un tiempo de 5 a 10 minutos cada uno, para cumplir con el primer objetivo específico de identificar el nivel de dependencia en los adultos mayores.

Para el cumplimiento del segundo objetivo específico se utilizó la Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT) aplicado en un tiempo de 20 minutos a cada adulto mayor, para conocer la calidad de vida de los adultos mayores.

#### **Quinta etapa**

Una vez recolectada la información se calificó los test, tabuló y elaboró el análisis estadístico a través del programa informático International Business Machine (IBM) Statistical Package for Social Sciences (SPSS), se elaboró tablas, así como la interpretación y análisis de cada objetivo.

#### **Sexta etapa**

En esta etapa se elaboró la discusión, recomendación, así como el diseño de un plan psicoterapéutico para fortalecer, mantener y/o mejorar la funcionalidad física y cognitiva, optimizando la calidad de vida de los adultos mayores, cumpliendo así con el tercer objetivo específico.

### **5.7. Análisis estadístico**

Luego de haberse aplicado los instrumentos psicológicos, los datos fueron ingresados al programa estadístico International Business Machine (IBM) Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Statistics a través del cual se estableció la relación entre el nivel de dependencia y el nivel de calidad de vida que tienen los adultos mayores, mismos que se encuentran detallado en los apartados de resultados y conclusiones.

## 6. Resultados

**Objetivo general:** Determinar la relación entre el nivel de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico “Hogar Santa María Josefa” de Macará.

Tabla Nro. 1

*Nivel de dependencia y nivel de calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico “Hogar Santa María Josefa” de Macará*

	Calidad de vida							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Dependencia total	0	0,0%	0	0,0%	8	29,6%	8	29,6%
Dependencia severa	0	0,0%	1	3,7%	6	22,2%	7	25,9%
Dependencia moderada	0	0,0%	6	22,2%	2	7,4%	8	29,6%
Dependencia escasa	1	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,7%
Independencia	3	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	11,1%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>14,8%</b>	<b>7</b>	<b>25,9%</b>	<b>16</b>	<b>59,3%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Índice de Barthel y Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)*

*Elaborado: Leidy Mabel Villalta Gutiérrez*

### **Análisis e interpretación:**

De acuerdo con los resultados obtenidos de la tabla cruzada de Niveles de dependencia y Niveles de calidad de vida se determinó que si existe una relación entre ambas variables, puesto que a mayor nivel de dependencia, menor nivel de calidad de vida

**Objetivo específico 1:** Identificar el nivel de dependencia de los adultos mayores del Hogar Santa María Josefa de Macará.

Tabla Nro. 2

*Niveles de dependencia en adultos mayores*

<b>Nivel de dependencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Dependencia total</b>	8	29,6%
<b>Dependencia severa</b>	7	25,9%
<b>Dependencia moderada</b>	8	29,6%
<b>Dependencia escasa</b>	1	3,7%
<b>Independencia</b>	3	11,1%
<b>Total</b>	27	100%

*Fuente: Índice de Barthel*

*Elaboración: Leidy Mabel Villalta Gutiérrez*

**Análisis e interpretación:**

Se obtuvo que el 29,6% presenta dependencia total; el 25,9% tiene dependencia severa; el 29,6% presenta dependencia moderada; el 3,7% con dependencia escasa y el 11,1% son independientes.

**Objetivo específico 2:** Conocer la calidad de vida en los adultos mayores del Hogar Santa María Josefa de Macará.

Tabla Nro. 3

***Niveles de calidad de vida en los adultos mayores***

<b>Nivel de calidad de vida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Alto</b>	4	14,8%
<b>Medio</b>	7	25,9%
<b>Bajo</b>	16	59,3%
<b>Total</b>	27	100%

*Fuente: Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)*

*Elaboración: Leidy Mabel Villalta Gutiérrez*

**Análisis e interpretación:**

De acuerdo a los resultados se obtuvo que el 14,8% de los adultos mayores presenta un nivel de calidad de vida alto; el 25,9% un nivel de calidad de vida medio y el 59,3% un nivel de calidad de vida bajo.

**Objetivo específico 3:** Diseñar un plan de intervención psicoterapéutico para fortalecer, mantener y/o mejorar la funcionalidad física y cognitiva, optimizando la calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico “Hogar Santa María Josefa de Macará”.

**Plan psicoterapéutico sobre funcionalidad y calidad de vida en adultos mayores  
“Mejorando mi funcionalidad para una mejor calidad de vida”**

**Presentación**

El proceso de envejecimiento lleva consigo diversos cambios los cuales afectan de alguna forma la funcionalidad de la persona, esto a su vez repercute en su calidad de vida. El estado funcional “es el predictor más fiable de mala evolución y mortalidad en las personas mayores” (Baracaldo et al., 2020, párr. 4). El actual cambio demográfico supone que la población de adultos mayores cada vez va en aumento, y es considerada un grupo de atención prioritario, puesto que a medida que la edad avanza, aumenta también el riesgo de sufrir enfermedades o afecciones físicas que generan dependencia.

El programa está centrado en mejorar y optimizar la funcionalidad del adulto mayor, reduciendo el nivel de dependencia, o el avance de la misma para consecuentemente mejorar su calidad de vida a través de un enfoque cognitivo dirigido principalmente a los adultos mayores del Hogar “Santa María Josefa” de Macará, pero que puede ser aplicado en otras instituciones o grupos geriátricos. Consta de actividades dirigidas tanto a la función física y cognitiva de los adultos mayores, con la ayuda de un equipo multidisciplinario como son: psicólogo clínico, terapeuta físico, terapeuta ocupacional para llevarlas a cabo.

**Objetivo General:**

- Fortalecer y/o mantener la funcionalidad de los adultos mayores mejorando su calidad de vida en sus dimensiones físico, social y cognitivo.

**Objetivos Específicos:**

- Brindar psicoeducación sobre la funcionalidad y los aspectos multidimensionales de la calidad de vida, destacando la importancia y la necesidad de potenciar el envejecimiento activo en la población de estudio.

- Ejecutar técnicas para promover la funcionalidad en el adulto mayor.

- Fomentar la participación activa e integración a través de actividades lúdicas que promuevan el bienestar y la funcionalidad de los adultos mayores

## **Fase 1: Psicoeducación**

### ***Sesión 1***

#### ***Actividad 1: “Envejecer activamente”***

##### ***Objetivo:***

- Dar a conocer, tanto a los cuidadores del centro gerontológico como a los usuarios y personal encargado de su atención, aspectos referentes al proceso de envejecimiento, envejecimiento activo, la funcionalidad y el cuidado integral.

##### ***Técnicas a utilizar:***

- Psicoeducación

***Duración:*** 2 horas

##### ***Materiales:***

- Diapositivas
- Computadora
- Parlante
- Micrófono
- Globos
- Sillas

##### ***Metodología:***

Se llevará a cabo un taller de psicoeducación dirigido tanto a los adultos mayores como a los cuidadores y equipo técnico que labora en el centro, antes de iniciar con la presentación de los temas, se realizará una dinámica denominada “tingo tingo tango” con el fin de crear un ambiente ameno para dar paso al taller.

Se brindará información importante referente al envejecimiento activo del adulto mayor en los que se tratarán los siguientes temas:

- ¿qué es el envejecimiento activo?
- Cambios en el adulto mayor
- ¿qué es la funcionalidad?
- Tipos de funcionalidad
- ¿qué es la calidad de vida?
- Dimensiones de la calidad de vida

Luego de haber sido expuesta toda la temática, se dará un breve receso de 10 minutos para que las personas participantes del taller se despejen, luego se aclarará dudas con respecto a la intervención dada.

Una vez finalizada la presentación se hará una actividad con globos en los que habrá dentro papelitos con preguntas sobre los temas dados y así saber si todo está comprendido.

## ***Sesión 2***

***Actividad 2:*** Funcionalidad física, personal y terapias grupales

### ***Objetivo:***

- Psicoeducar a los adultos mayores y personal dedicado a su cuidado y atención sobre la estimulación física, desarrollo personal y terapias grupales

### ***Técnicas a utilizar:***

- Psicoeducación

***Duración:*** 1 hora

### ***Materiales:***

- Diapositivas
- Computadora
- Parlante
- Micrófono
- Sillas

## **Metodología:**

Se llevará a cabo un taller dirigido a los usuarios como al personal dedicado al cuidado y atención de los adultos mayores para brindarles información acerca de la actividad física, la importancia que tiene en adultos mayores y los tipos de ejercicios físicos que se les puede aplicar a ellos. Además, se abordará el tema de terapias grupales, autoconocimiento, desarrollo personal y el uso de nuevas tecnologías todos estos temas enfocados en el adulto mayor.

## **Fase 2: Intervención con los adultos mayores**

### ***Sesión 1***

#### ***Actividad 1: Técnicas para la estimulación cognitiva***

##### ***Objetivo:***

- Estimular las principales funciones cognitivas: lenguaje, memoria, atención y concentración en el adulto mayor.

##### ***Técnicas a utilizar:***

- Crucigramas
- Sopa de letras
- Juego de cartas
- Rompecabezas
- Lectura
- Rasgado de papel

***Duración:*** 30 minutos.

##### ***Materiales:***

- Impresiones en hojas A4 de sopas de letras, crucigramas, dibujos de animales, frutas, prendas de vestir
- Papel multicolor
- Pinturas

- Cartas
- Tijeras
- Lecturas
- Goma
- Sillas
- Mesa

**Metodología:**

En esta sesión se trabajará en estimulación cognitiva, se lo realizará de manera grupal tomando en cuenta la capacidad funcionalidad de cada adulto mayor, se formarán grupos de 4 a 6 personas, utilizarán crucigramas, sopas de letras, dibujos de animales, prendas de vestir, operaciones matemáticas utilizando ábacos si es necesario, juegos de cartas estas actividades, lecturas, ayudarán a estimular y potenciar su memoria, lenguaje, atención, concentración, escritura, se recomienda trabajar esta actividad, 3 veces a la semana.

**Sesión 2**

**Actividad 2: Técnicas para la estimulación sensorial**

**Objetivo:**

- Mejorar, mantener y/o fortalecer la función sensorial de los adultos mayores

**Técnicas a utilizar:**

- Reconocimiento de texturas, olores y sabores
- Musicoterapia

**Duración:** 30 minutos.

**Materiales:**

- Perfumes
- Frutas

- Gelatinas de diversos sabores
- Comida dulce y salada
- Figuras en 3D
- Bandeja
- Arena
- Algodón
- Audífonos
- Celular
- Música para relajar

**Metodología:**

Se formarán grupos con personas que tengan similar funcionalidad y condiciones para realizar la actividad 2 veces a la semana.

Para las personas no videntes o que presenten dependencia total, se puede utilizar figuras en 3D, música, aromas de perfumes, que saboreen frutas, gelatina o cualquier tipo de alimento identificando el sabor al que pertenece para trabajar tacto, audición, olfato y gusto.

Adultos mayores que tengan problemas auditivos se puede trabajar: tacto, gusto, olfato y visión.

En bandejas amplias se pueden poner, arena, algodón, aserrín, hojas de plantas; luego se le pedirá a cada usuario que identifiquen cada uno ya sea con sus pies o manos reconociendo las texturas de cada uno.

**Sesión 3**

**Actividad 3:** Ejercicios de estimulación física

**Objetivo:**

- Promover la actividad y la funcionalidad física del adulto mayor

**Técnicas a utilizar:**

- Ejercicios de resistencia y aeróbicos
- Ejercicios de fortalecimiento
- Ejercicios de esfuerzo y equilibrio
- Ejercicios de estiramiento y flexibilidad

***Duración:*** 35 minutos.

***Materiales:***

- Envases llenos de agua o arena
- Elástico
- Silla
- Almohada
- Toalla
- Colchoneta
- Banco

***Metodología:***

Se trabajará 3 veces a la semana, en la estimulación física de cada adulto mayor, al igual que la anterior, considerando cada condición del usuario.

Se empezará con un proceso de calentamiento de 5 minutos, para evitar lesiones, desgarres, torceduras durante el ejercicio, los movimientos serán suaves sin forzar los músculos. Se hará 5 repeticiones de cada uno: moverá la cabeza de atrás hacia adelante, ahora de derecha a izquierda, movimiento de hombros en círculos, se estirará los brazos de adelante hacia atrás cerrando y abriendo puños, marcha ligera y círculos con los tobillos. De manera individual con cada adulto mayor se procederá a realizar cada uno de los ejercicios físicos con una duración de 20 min, pueden realizarse con el peso del propio cuerpo o de envases llenos con agua, arena, elásticos al no contar con pesas o bandas de resistencia y se puede ir aumentando el peso gradualmente.

Como ejercicios de resistencia y aeróbicos podemos realizar lo siguiente: caminar, bailar, pedalear, subir y bajar escaleras. Dentro de los ejercicios de fortalecimiento se los puede realizar ya sea con envases llenos de agua o arena, el adulto tiene que estar sentado

y cómodo, se hará levantar y bajar los brazos de manera horizontal a la altura de los hombros, para flexión de hombros elevamos hombros hacia las orejas y bajamos lentamente sin dejarlos caer, luego se llevará los hombros hacia en frente y atrás, en una silla se hará que el adulto mayor se levante y siente lentamente.

En los ejercicios de esfuerzo y equilibrio hay: flexión plantar, se pondrá de pie sosteniéndose del borde de una mesa, silla o baranda y lentamente se pondrá de puntillas y bajará; flexión de rodilla, así mismo sosteniéndose para mantener el equilibrio el adulto mayor doblará la rodilla llevando el pie hacia atrás y bajándolo lentamente, ahora se lo hará doblando la rodilla hacia adelante tratando de llevarla al pecho y bajar; extensión de rodilla, se sentará en la silla extendiendo la pierna hacia adelante quedando lo más recta posible y bajar; elevación de piernas hacia los lados, se le pedirá al adulto mayor que se ponga de pie y sujete de la baranda, silla o mesa, levantará la pierna al lateral sosteniéndola por 1 minuto y la bajará así se alternara ambas piernas; ejercicios de equilibrio en cualquier lugar, se dibujará una línea recta en el piso, la persona se sujetará a una mesa o silla para evitar caídas y caminará sobre la línea alternando un pie con otro manteniendo el equilibrio; el adulto mayor se pondrá de pie y sujetado a algún lugar seguro levantará un pie sosteniéndolo por 30 segundos y luego el otro de la misma manera.

Y como ejercicios de estiramiento y flexibilidad podemos realizar: estiramiento de los tendones del muslo en donde se pedirá al adulto mayor que se siente de lado en un banco y estire una pierna mientras la otra permanecerá fuera del banco, se inclinará poco a poco tratando de topar el pie con las manos hasta que sienta un tirón en la pierna, así se trabajará alterando ambas piernas; estiramiento de tríceps, se tomará un extremo de la toalla con una mano, colocará por la espalda de manera vertical y sostendrá el otro extremo de la toalla con la otra mano, se tratará de juntar ambas manos, intercambiar las posiciones de los brazos; estiramiento de la muñeca, colocar las manos como si estuviera rezando y elevar los codos lentamente, permanecer en esta postura de 10 a 30 segundos, con repeticiones de 3 a 5 veces. Además de estos 4 tipos de ejercicios se incluye el deporte como fútbol.

#### ***Sesión 4***

#### ***Actividad 4: Terapias grupales***

#### ***Objetivo:***

- Promover la participación social e integración de los adultos mayores a través de actividades grupales recreativas.

***Técnicas a utilizar:***

- Juegos de mesa.

***Duración:*** 30 minutos.

***Materiales:***

- Sillas
- Mesas
- Juegos de mesa.

***Metodología:***

Se ubicará a los adultos mayores en un círculo junto con el psicólogo clínico y se preguntará a cada uno de los adultos mayores ¿Cómo se sientes cada uno?, una vez que hayan respondido se pedirá que cada usuario se describa como es cada uno. Luego se les preguntará ¿Ser mayor significa ser un inútil?, ¿Que significa ser mayor para cada uno de ellos?, ¿Qué cosas en tu día a día te dan alegría?, una vez que hayan respondido a todas estas preguntas se les motivará haciéndoles entender de manera positiva lo que es la vejez y que los cambios que experimentan son normales, al trabajar esto de manera grupal escucharán todas las opiniones de los demás obteniendo feedback, permitiendo tener otro punto de vista acerca de su persona así también se hará sentir a cada adulto mayor que es respetado, escuchado y que aprendan a tener autoconocimiento propio.

Para trabajar habilidades sociales se lo hará 3 veces a la semana de manera grupal mediante juegos de mesa como: juegos de cartas, canasta, bingo, ajedrez, dominó, jenga ya que de esta manera aprenderán a convivir e integrarse con más personas de su edad.

***Sesión 5***

***Actividad 5: Cierre de taller.***

***Objetivo:***

- Tener una grata despedida tanto con el personal como adultos mayores del centro gerontológico.

***Técnicas a utilizar:***

- Encuesta de satisfacción del programa.

***Duración:*** 20 minutos.

***Materiales:***

- Obsequios
- Parlante
- Sillas.

***Metodología:***

Se pedirá a todos las personas participes del programa que contesten un cuestionario para conocer la satisfacción del programa, posteriormente se agradecerá a los adultos mayores y personal que labora en la institución por haber participado en el taller, dándoles un pequeño obsequio como recuerdo.

## 7. Discusión

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el nivel de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico “Hogar Santa María Josefa” de Macará, en una muestra constituida por 27 adultos mayores. Según el nivel de dependencia de los adultos mayores se obtuvo como resultado que predomina la dependencia total y moderada, seguido de una dependencia severa, independientes y en menor porcentaje dependencia escasa.

Estos datos coinciden con una investigación realizada en México donde, predominó la condición de dependencia moderada y dependencia leve, luego una dependencia total y por último los adultos mayores independientes (Velasco et al., 2012, p. 93).

En la misma línea, una investigación llevada a cabo en Lima, Perú por Fernández y Angeles (2018) titulada “Capacidad funcional de los adultos mayores en casas de reposo de la ciudad de Lima, 2018”, se evidenció que la mayoría presentó dependencia moderada, dependencia grave, seguido de un grupo menor con dependencia leve, luego independientes y la minoría dependencia total o severa.

Así mismo en el contexto local, en un estudio llevado a cabo en centros geriátricos de la ciudad de Loja denominado: Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en centros geriátricos de la ciudad de Loja, concluyó que: “la mayoría presentaba algún grado de dependencia tanto para actividades básicas como instrumentales en donde predominaron los que eran dependientes severos” (Rodríguez et al., 2017).

En lo que respecta a la calidad de vida, los resultados muestran que la mayoría de los adultos mayores presenta un nivel de calidad bajo; en menor porcentaje nivel de calidad de vida medio y por último una calidad de vida alta.

Resultados que se asemejan a los del estudio llevado a cabo por Fernández (2020), sobre la calidad de vida en adultos mayores de un centro del adulto mayor en donde se evidencia que de la población evaluada, sobresale un nivel de calidad de vida moderada, continuando un nivel de calidad de vida bajo y finalmente un nivel de calidad de vida alto.

En otra investigación ejecutada en Pereira, de la población total el mayor número tenía buena calidad de vida, seguido de una menor cantidad que tenía una calidad de vida insuficiente, luego un grupo con deficiente calidad de vida y el restante presentaba mala calidad de vida (Martínez et al., 2011, p. 706).

Respecto a la relación entre calidad de vida y funcionalidad, el análisis estadístico demostró que si existe relación estadísticamente significativa, es decir que, a mayor nivel de dependencia, menor calidad de vida.

Datos similares encontramos en un estudio realizado en Callao Perú sobre la calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor, en la que se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables (Salluca y Velásquez, 2019).

De igual forma en un estudio realizado en México en el 2016 sobre el nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor se obtuvieron los siguientes resultados: la mayoría de los adultos mayores presentaron independencia y en menor porcentaje presentaron dependencia leve. Mas de la mitad consideran que tienen una calidad de vida regular, y en menor cantidad consideran que tienen una calidad de vida buena. En cuanto a la correlación entre calidad de vida y dependencia se mostró una correlación positiva (Loredo Figueroa et al, 2016).

En otro estudio llevado a cabo en Quito, sobre capacidad funcional y calidad de vida en adultos mayores, se estableció que la gran mayoría de los adultos mayores dependientes, relacionan a su calidad de vida como mala” (Toapanta, 2020).

Así mismo una investigación llevada a cabo en Ecuador, Comuna San Pedro en Santa Elena con 134 adultos mayores obtuvo que, más de la mitad de los que tienen dependencia leve presentan una mejor calidad de vida. Mientras que adultos que tienen dependencia grave y total muestran una mala calidad de vida. Evidenciándose así una relación entre el grado de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores (Borbor Rodríguez, 2021).

Los hallazgos presentados de los diversos estudios, se equiparán a los obtenidos, evidenciando la relación entre la variable dependencia y calidad de vida sobre todo en las dimensiones de, bienestar físico, autodeterminación y desarrollo personal siendo estas las más afectadas. Además, los pocos estudios realizados a nivel local destacan la

importancia y necesidad de investigar sobre el tema, así como más estudios e investigaciones que profundicen en la relación de ambas variables.

Es importante mencionar las limitantes del presente estudio, dado por el tamaño de la muestra, siendo necesario nuevos estudios que reafirmen los resultados obtenidos y propicien el planteamiento de proyectos o programas tendientes a mejorar, potenciar, y reducir la pérdida de capacidades funcionales, que favorezcan además el mantenimiento de autonomía el máximo tiempo posible en la población geriátrica institucionalizada y de este modo mejorar su bienestar y calidad de vida.

## 8. Conclusiones

Según los resultados obtenidos y tomando como base los objetivos planteados, se concluye que:

- Según el análisis estadístico entre ambas variables, se determinó que existe una correlación negativa entre el nivel de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores que formaron parte del grupo de estudio, siendo que, a mayor nivel de dependencia un menor nivel de calidad de vida.
- Se determinó que el nivel de dependencia prevalente en el grupo de estudio fue la dependencia total y dependencia moderada, seguido de una dependencia severa, luego independencia y la minoría una dependencia escasa.
- En lo referente a la calidad de vida se evidenció un mayor porcentaje de adultos mayores con nivel de calidad de vida bajo, seguido de un nivel medio de calidad de vida y en menor proporción un alto nivel de calidad de vida. Entre las dimensiones de la calidad de vida predominan: bienestar material y derechos con un alto nivel de calidad de vida y con un bajo nivel la dimensión de bienestar físico.
- En relación al tercer objetivo relacionado con el diseño de un plan psicoterapéutico para mantener o mejorar la funcionalidad física y cognitiva de los adultos mayores, se manifestó en el programa técnicas como ejercicios físicos, tareas para trabajar memoria, atención, concentración, lenguaje, musicoterapia, reconocimiento de texturas, juegos de mesa, las cuales permitirán cumplir con el objetivo establecido en el programa.

## **9. Recomendaciones**

- Llevar a cabo el plan psicoterapéutico propuesto con la finalidad de fortalecer, mantener y/o mejorar la funcionalidad física y cognitiva y concomitantemente mejorar a su vez la calidad de vida, tanto en la población de estudio como en otros contextos gerontológicos, considerando que el nivel de dependencia está asociado al nivel de calidad de vida como los resultados lo demuestran.
- Desarrollar programas a nivel institucional que promuevan la participación del adulto mayor dentro de la sociedad, un envejecimiento activo y productivo.
- Considerar las dimensiones de calidad de vida que se ven más afectadas, creando programas multidisciplinarios para mejorarlas y potenciarlas, tanto en el ámbito institucional como no institucional.
- Potenciar el trabajo multi e interdisciplinario en el hogar con el fin de promover buenas prácticas en la atención al adulto mayor, para prevenir el avance de la dependencia funcional y dar tratamiento oportuno y así potenciar las capacidades residuales en los residentes de la institución.

## 10. Bibliografía

- Agudelo Botero, M., y Medina Campos, R.H. (2014). *Envejecimiento y Dependencia realidades y revisión para los próximos años*. Intersistemas. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/canivanm150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
- Alanya Chipana, J. S. (2019). Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú, 2019 [Tesis de Titulación, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2707/SENF\\_T030\\_46923592\\_T%20%20ALANYA%20CHIPANA%20JENNIFER%20SUSAN.pdf?Sequence=1](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2707/SENF_T030_46923592_T%20%20ALANYA%20CHIPANA%20JENNIFER%20SUSAN.pdf?Sequence=1)
- Aexpainba, y Fundación Madalena Moriche. (13 de Julio de 2021). *De qué hablamos cuando hablamos de "calidad de vida"*. [https://inteligencialimite.org/inteligencialimite/2021/07/13/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-calidad-de-vida/?Gclid=cjwkcaia1jgrbhbseiwxblwyo17wsgji0lawzkxorsoxvwkx\\_rxzurdg8vrepillarwdnjcihcfloc4uqqavd\\_bwe](https://inteligencialimite.org/inteligencialimite/2021/07/13/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-calidad-de-vida/?Gclid=cjwkcaia1jgrbhbseiwxblwyo17wsgji0lawzkxorsoxvwkx_rxzurdg8vrepillarwdnjcihcfloc4uqqavd_bwe)
- Almeyda Ramos, V. V. (2018). Dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018 [Trabajo de Titulación, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30259/Almeyda\\_RV.pdf?Sequence=1&isallowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30259/Almeyda_RV.pdf?Sequence=1&isallowed=y)
- Apaza Vilca, S. M. (2019). Dependencia funcional y el síndrome depresivo en los adultos mayores del club "Ángeles de Ramón Copaja" del distrito de alto de la Alianza, Tacna-2019. [Tesis de Titulación, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna]. REI UNJBG. [http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3895/1731\\_2019\\_apaza\\_vilca\\_sm\\_facs\\_enfermeria.pdf?Sequence=1&isallowed=y](http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3895/1731_2019_apaza_vilca_sm_facs_enfermeria.pdf?Sequence=1&isallowed=y)
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., y Medellín, N. (enero 2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco

Interamericano de Desarrollo.  
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Arechederra Calderón, J. J y Febres Panez, D. (marzo de 2022). *Principales Síndromes Geriátricos por su relevancia clínica, social y económica*. Geriatricarea. <https://www.geriatricarea.com/2022/03/17/principales-sindromes-geriatricos-por-su-relevancia-clinica-social-y-economica/>

Arévalo, D. X., Game, C. I., Padilla, C. P., y Wong, N. I. (2020). Predictores de satisfacción con la calidad de vida en adultos mayores de Ecuador. *Revista Espacios*, 41(12). <https://www.revistaespacios.com/a20v41n12/a20v41n11p10.pdf>

Asociación de padres de personas con discapacidad intelectual de la comarca del xallas (28 de enero de 2020). *ASPADEX Plena Inclusion Galicia*. Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria. <https://aspadex.org/actividades-basicas-e-instrumentales-de-la-vida-diaria/>

Baracaldo Campo, H. A., Naranjo García, A. S., y Medina Vargas, V. A. (03 de febrero del 2020). Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos*, 30(4), 163-166. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2019000400163#B2](https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400163#B2)

Borbor Rodríguez, D. R. (2021). *Grado de dependencia y calidad de vida en adultos mayores de la comuna san pedro, santa elena 2021*. [Trabajo de titulación, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio Universidad Estatal Península de Santa Elena. <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6477/1/UPSE-TEN-2021-0110.pdf>

Celeiro, T. M., y Galizzi, M. P. (2019). Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá [Trabajo

- de Titulación, Universidad Católica Argentina]. Repositorio Institucional UCA. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9721/1/calidad-vida-adultos-mayores-70.pdf>
- Cerquera Córdova, A. M., Uribe Rodríguez, A. F., Matajira Camacho, Y. J., y Correa Gómez, H. V. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Psicogente*, 20(38), 398-409. [Http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2561/2519](http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2561/2519)
- Cerquera Córdova, A. M., y Quintero Mantilla, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180. [Http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/revistaucn/article/view/665/1196](http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/revistaucn/article/view/665/1196)
- Da Silva Rodriguez, C. (2017). *Envejecimiento: Evaluación e Intervención Psicológica*. México: El Manual Moderno de S.A. de C.V.
- Del Barco, P. (s.f.). *¿Qué grados de dependencia existen?*. STIMA centros de día: <https://stimamayores.es/que-grados-de-dependencia-existen>
- Delgado Gonzales, A. (22 de octubre de 2018). La dependencia en la vejez. Definición, características e importancia en el cuidado. *Ocronos*. <https://revistamedica.com/dependencia-vejez-definicion-caracteristicas-importancia-cuidado/#CLASIFICACION-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES-EN-BASE-A-SUS-NECESIDADES-SANITARIAS>
- Editorial Etecé. (2 de febrero de 2022). *Calidad de vida*. Concepto. <https://concepto.de/calidad-de-vida/>
- Equipo multidisciplinar de Mit Centro de día. (3 de febrero de 2021). *Índice o escala de Barthel*. MIT centro de día. <https://mitcentrodedia.es/indice-de-barthel/>
- Fernández Chilcón, J. A. (2020). *Calidad de vida en adultos mayores de un centro del adulto mayor en Cajamarca*. [Trabajo de titulación-Universidad privada Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio Upagu. [Http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1229](http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1229)
- Fernández Valverde, C. D., y Angeles Ochoa, J. L. S. (2018). *Capacidad funcional de los adultos mayores en casas de reposo de la ciudad de Lima, 2018*. [Trabajo de

titulación-Universidad Norbert Wiener]. Repositorio uwiener.  
[https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13053/3771/TESIS\\_TECNOLOG%  
c3%8da%20M%  
c3%89DICA\\_ANGELES%20-  
%20FERNANDEZ.pdf?Sequence=1&isallowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13053/3771/TESIS_TECNOLOG%c3%8da%20M%c3%89DICA_ANGELES%20-%20FERNANDEZ.pdf?Sequence=1&isallowed=y)

Forttes Valdivia, P. (diciembre de 2020). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador*. Banco Interamericano de Desarrollo.  
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>

González Rodríguez, R. (2017). Discapacidad vs Dependencia. Terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. *Scielo*, 26(3), 170-174.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000200011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011)

González Rodríguez, R., Gandoy Crego, M., & Díaz, M. C. (2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*, 28(4), 184-188.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000400184](https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400184)

Herazo Beltrán, Y., Quintero Cruz, M. V., Pinillos Patiño, Y., García Puello, F., Nuñez Bravo, N., y Suarez Palacio, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 174-181.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=170254309009>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (27 de agosto de 2021). *Calidad de vida para un envejecimiento saludable*. Gobierno de México.  
[https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?Idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20OMS%20la%20calidad%20de%20vida%20es%3A&text=Es%20un%20concepto%20de%20amplio,%E2%80%9D%20\(OMS%2C%202002\)](https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?Idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20OMS%20la%20calidad%20de%20vida%20es%3A&text=Es%20un%20concepto%20de%20amplio,%E2%80%9D%20(OMS%2C%202002))

Laguado Jaimes, E., Camargo Hernandez, K., Campo Torregroza, E., y Martín Carbonell, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores

- institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3).  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000300135#B2](https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135#B2)
- Leturia Arrázola, F. J. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 34(2), 105-112.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatriagerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672>
- Limón Mendizabal, M. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *47(1)*. Doi: <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>
- Loredo Figueroa, M. T., Gallegos Torres, R. M., Xequé Morales, A. S., Palomé Vega, G., y Juárez Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165.  
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Manfredi, M., y Actis Di Pasquale, E. (marzo de 2017). La relación entre bienestar objetivo y subjetivo: una comparación internacional.  
<http://nulan.mdp.edu.ar/2628/1/manfredi-actis-2017.pdf>
- Marcial Romero, N., Peña Olvera, B. V., Escobedo Garrido, J.S., y Macías López, A. (2016). Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*. 26 (48), 277-303.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0188-45572016000200277#B30](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0188-45572016000200277#B30)
- Martínez, J. W., Acosta, H. A., Dussan, J. C., Álvarez Bolívar, J. A., Bedoya, W. F., Carvajal Ramírez, J. A., López Giraldo, F. (2011). Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira. *Revista colombiana de psiquiatría*, 40 (4), 700-708. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n4/v40n4a08.pdf>
- Montero Parra, F. J., Gómez Romera, C., Gutiérrez Fernández, J. A., Gómez Romera, A. C., y Salmerón Ríos, S. (noviembre de 2018). *Envejecimiento normal / envejecimiento patológico. Factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico.* (Geriatricarea.  
<https://www.geriatricarea.com/2018/11/28/envejecimiento-normal->

envejecimiento-patologico-factores-de-riesgo-psiquico-de-envejecimiento-patologico/

Moragas Moragas, R. (1991). Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida. Editorial Herder.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Información mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?jsessionid=284B17D01E7A84E52CADD70C2509D40?Sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?jsessionid=284B17D01E7A84E52CADD70C2509D40?Sequence=1)

Patti Gelabert, V. (2017). *Envejecimiento normal versus envejecimiento patológico*. <https://neuropsicologia.saludyeducacionintegral.com/envejecimiento-normal-versus-envejecimiento-patologico/>

Quito Cabrera, M. C. (2018). *Capacidad funcional para desarrollar actividades básicas e instrumentales de los usuarios del centro de atención del adulto mayor del IESS Loja* [Tesis de titulación, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio digital Universidad Nacional de Loja. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20600/3/TESIS%20MARI A%20QUITO.pdf>

Robles Espinoza, A. I., Rubio Jurado, B., De la Rosa Galván, E. V., y Nava Zavala, A, H. (30 de octubre de 2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*. 11(3), 120-125. <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

Rodríguez Quintana, T., Ayala Chauvin, M. A., Ortiz Rosero, M. F., Ordoñez Paccha M. B., Fabelo Roche, J. R., Iglesias Moré, S. (2019). Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 18 (1), 138-149. [Http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2019000100138](http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000100138)

Romero, Z. S., y Montoya Arce, B. J. (24 de octubre de 2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/9089/7646>

- Ruzafa, J. C., & Moreno, J. D. (1997). Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000200004#:~:text=El%20Indice%20de%20Barthel%20es,actividades%20de%20la%20vida%20diaria](https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004#:~:text=El%20Indice%20de%20Barthel%20es,actividades%20de%20la%20vida%20diaria)
- Salech, F., Jara, R., y Michea, L. (enero de 2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica las Condes*. 3(1), 19-29. [https://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED\\_23\\_1/Revista-Medica--vol-23\\_N1.pdf](https://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_23_1/Revista-Medica--vol-23_N1.pdf)
- Salluca Osorio, M.A., y Velásquez Chafloque, M. E. (2019). “Calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado en la unidad de ortogeriatría de un hospital del Callao-2018”. [Trabajo de titulación-Universidad Norbert Wiener]. Repositorio [uwiener](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/2662/TESIS%20Salluca%20Maria%20-%20Vel%c3%a1squez%20Mar%c3%ada.pdf?Sequence=1&isallowed=y). <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/2662/TESIS%20Salluca%20Maria%20-%20Vel%c3%a1squez%20Mar%c3%ada.pdf?Sequence=1&isallowed=y>
- Sanabria Hernández, M. S. (junio de 2016). Calidad de vida e instrumentos de medición. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?Sequence=1>
- Sanhueza Parra, M., Castro Salas, M., y Merino Escobar, J. M. (diciembre de 2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería*, 11 (2), 17-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004>
- Schulz, R., Heckhausen, J., y O'Brien, A.T. (1994). Control and the disablement process in the elderly. *Journal of Social Behavior & Personality*, 9(5), 139–152.
- Toapanta Valdiviezo, K. S. (2020). Capacidad funcional y calidad de vida, en adultos mayores del Centro de Salud La Magdalena, mediante instrumentos de valoración, período noviembre 2018 - junio 2019 [Trabajo de Titulación, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio digital UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20870/1/T-UCE-0006-CME-157-P.pdf>

- Velasco Rodríguez, R, Godínez Gomez, R., Mendoza Pérez, R. C., Torres López, M. M., Moreno Gutiérrez, I., Hilerio Lopez, A. (2012). Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 20 (2), 91-96. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=36023>
- Verdugo Alonso, M. A., Gómez Sánchez, L. E., & Arias, M. B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida: La Escala de FUMAT*. [https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2018/11/herramientas\\_4.pdf](https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2018/11/herramientas_4.pdf)
- Zerda Cáceres, M. (2019). Factores protectores de envejecimiento patológico en la cultura aymara. *Revista Kairós-Gerontología*, 22(1), 9-32. <https://www.readcube.com/articles/10.23925/2176-901x.2019v22i1p9-32>

## 11. Anexos

### Anexo 1: Aprobación del proyecto de titulación



Loja, 04 de mayo de 2022

Dra. Ana C. Puertas A. Mg.  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA - UNL.**  
En su despacho. -

De mi consideración:

Extiendo un saludo atento, cordial y respetuoso.

En respuesta al Oficio No. -191- C.PS.CL- FSH-UNL, de fecha 03 de mayo de 2022, en el que se solicita analizar y emitir el informe de estructura y coherencia del proyecto denominado **“NIVEL DE DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “HOGAR SANTA MARÍA JOSEFA” DE MACARÁ PERIODO 2022”**, de autoría de la señorita Leidy Mabel Villalta Gutiérrez con Cl.1104544281, menciono que:

Una vez que se ha realizado la revisión del Proyecto de Tesis, informo a Usted que el mismo **tiene estructura y coherencia.**

Por lo que se considera podrá continuar realizando su trabajo de tesis según el cronograma planteado.

Atentamente,



**Psc. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez. Mg.**  
**Docente**

## Anexo 2: Designación de directora de trabajo de titulación



unl

Universidad  
Nacional  
de Loja

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

Oficio. No.360- C.PS.CL- FSH-UNL  
Loja, 28 de junio del 2022

Psicóloga Clínica  
Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mgs  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**  
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009", una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: **"NIVEL DE DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO "HOGAR SANTA MARÍA JOSEFA" DE MACARÁ PERIODO 2022"**, autoría de la Srta. Leidy Mabel Villalta Gutiérrez, con C.I 1104544281, estudiante del X ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle mi agradecimiento.

Atentamente,



ANA CATALINA  
PUERTAS  
AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Leidy Mabel Villalta Gutiérrez.  
Expediente estudiantil  
Archivo

### Anexo 3: Autorización del Centro Gerontológico

Macará, 31 de enero del 2022.

Hermana  
Marcia I. Guamán Loján  
**DIRECTORA DEL CENTRO GERIÁTRICO “HOGAR SANTA MARÍA  
JOSEFA”**

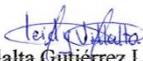
Macará -

De mi consideración:

Yo Leidy Mabel Villalta Gutiérrez, identificada con numero de cédula 1104544281, estudiante de la Universidad Nacional de Loja, Carrera de Psicología Clínica, me dirijo a usted muy comedidamente con el fin de solicitarle la autorización para la realización de mi trabajo de investigación, previo a la obtención de mi título en su institución CENTRO GERIÁTRICO “HOGAR SANTA MARÍA JOSEFA”, durante el periodo mayo-septiembre 2022.

Su aprobación para realizar este estudio será muy apreciada.

Sinceramente,

  
Villalta Gutiérrez Leidy Mabel  
ESTUDIANTE

Aprobado por,

Guamán Loján Marcia I.  
DIRECTORA DEL CENTRO GERIÁTRICO

Recibido  
18-02-2022  
9:00hs.  




#### Anexo 4: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE SALUD HUMANA  
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

#### Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de la ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la misma, así como su rol como participantes de esta investigación. La presente investigación es conducida por Leidy Mabel Villalta Gutiérrez, estudiante de la Universidad Nacional de Loja. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre el nivel de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico “Hogar Santa María Josefa” de Macará. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a dos reactivos psicológicos: el Índice de Barthel sobre las actividades básicas de la vida diaria y la Escala de FUMAT sobre la calidad de vida, esto tomará aproximadamente 20 minutos. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación. Así mismo sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda, sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de la aplicación, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

(Yo)..... Con número de cédula de ciudadanía..... Expreso el deseo de participar de forma voluntaria y consciente en esta investigación, conducida por Leidy Mabel Villalta Gutiérrez. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es determinar la relación entre el nivel de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores del

centro gerontológico “Hogar Santa María Josefa” de Macará En constancia firma o  
huella: .....

## Anexo 5: Índice de Barthel

### INDICE DE BARTHEL

#### Actividades básicas de la vida diaria

A continuación, encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.

<b>1. COMER</b>		
0	Incapaz	
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	
10	Independiente: (puede comer solo)	
<b>2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA</b>		
0	Incapaz, no se mantiene sentado	
5	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	
15	Independiente	
<b>3. ASEO PERSONAL</b>		
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal	
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	
<b>4. USO DEL RETRETE (ESCUSADO, INODORO)</b>		
0	Dependiente	
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	
<b>5. BAÑARSE/DUCHARSE</b>		
0	Dependiente.	
5	Independiente para bañarse o ducharse.	
<b>6. DESPLAZARSE</b>		

0	Inmóvil	
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros	
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador	
<b>7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>		
0	Incapaz	
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.	
10	Independiente para subir y bajar.	
<b>8. VESTIRSE O DESVERTIRSE</b>		
0	Dependiente.	
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin Ayuda	
10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones	
<b>9. CONTROL DE HECES</b>		
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)	
5	Accidente excepcional (uno por semana)	
10	Continente	
<b>10. CONTROL DE ORINA</b>		
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)	
10	Continente, durante al menos 7 días.	
	<b>PUNTUACION TOTAL:</b>	

**Puntuación máxima total:** 100 puntos /90 puntos si utiliza silla de ruedas

**Puntos de corte:**

0 - 20	<b>Dependencia Total</b>
21 - 60	<b>Dependencia Severa</b>
61 - 90	<b>Dependencia Moderada</b>

91 - 99	<b>Dependencia Escasa</b>
100	<b>Independencia</b>
90	<b>Independencia</b> <b>*Uso de silla de ruedas*</b>

## Anexo 6: Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	<input type="text"/>			
Nombre	<input type="text"/>			
Apellidos	<input type="text"/>			
Sexo	<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> Mujer		
Dirección	<input type="text"/>			
Localidad/Provincia/CP	<input type="text"/>			
Teléfono	<input type="text"/>	Lengua hablada en casa	<input type="text"/>	

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad cronológica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Idioma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre de la persona que completa el cuestionario	<input type="text"/>	
Puesto de trabajo	<input type="text"/>	
Agencia/Afiliación	<input type="text"/>	
Dirección	<input type="text"/>	
Correo electrónico	<input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>

**INSTRUCCIONES:** A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4

**Puntuación directa TOTAL**

<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1

**Puntuación directa TOTAL**

<b>BIENESTAR MATERIAL</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4

**Puntuación directa TOTAL**

<b>DESARROLLO PERSONAL</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>AUTODETERMINACIÓN</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	3
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  Nombre y Apellidos <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  Informante <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  Fecha de aplicación <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<b>Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat</b> 1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles 3. Introducir el Índice de Calidad de Vida																																																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d9ead3;">Dimensiones de calidad de vida</th> <th style="background-color: #d9ead3;">Puntuaciones directas totales</th> <th style="background-color: #d9ead3;">Puntuaciones estándar</th> <th style="background-color: #d9ead3;">Percentiles de las dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bienestar Emocional</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Relaciones Interpersonales</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar Material</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Desarrollo Personal</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar Físico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Autodeterminación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Inclusión Social</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Derechos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Puntuación Estándar TOTAL (suma)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"><b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b> (Puntuación estándar compuesta)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Percentil del Índice de Calidad de Vida</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones	Bienestar Emocional				Relaciones Interpersonales				Bienestar Material				Desarrollo Personal				Bienestar Físico				Autodeterminación				Inclusión Social				Derechos				Puntuación Estándar TOTAL (suma)				<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b> (Puntuación estándar compuesta)				Percentil del Índice de Calidad de Vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones																																														
Bienestar Emocional																																																	
Relaciones Interpersonales																																																	
Bienestar Material																																																	
Desarrollo Personal																																																	
Bienestar Físico																																																	
Autodeterminación																																																	
Inclusión Social																																																	
Derechos																																																	
Puntuación Estándar TOTAL (suma)																																																	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b> (Puntuación estándar compuesta)																																																	
Percentil del Índice de Calidad de Vida																																																	

### Sección 1b. Perfil de Calidad de Vida

Rodea la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de de Vida.

Después una los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
<b>99</b>	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		<b>99</b>
<b>95</b>	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	<b>95</b>
<b>90</b>	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	<b>90</b>
<b>85</b>	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	<b>85</b>
<b>80</b>									112-114	<b>80</b>
<b>75</b>	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	<b>75</b>
<b>70</b>									107-109	<b>70</b>
<b>65</b>	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	<b>65</b>
<b>60</b>									103-104	<b>60</b>
<b>55</b>									102	<b>55</b>
<b>50</b>	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	<b>50</b>
<b>45</b>									98	<b>45</b>
<b>40</b>									95-97	<b>40</b>
<b>35</b>	9	9	9	9	9	9	9	9	94	<b>35</b>
<b>30</b>									92-93	<b>30</b>
<b>25</b>	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	<b>25</b>
<b>20</b>									87-89	<b>20</b>
<b>15</b>	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	<b>15</b>
<b>10</b>	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	<b>10</b>
<b>5</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	<b>5</b>
<b>1</b>	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	<b>1</b>

**Puntuaciones directas**

Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	Percentil
20									>99
19									>99
18									>99
17									99
16									98
15				32		31-32	36		95
14	32			30-31	24	29-30	34-35	20	91
13	30-31	23-24		27-29	22-23	26-28	31-33	18-19	84
12	27-29	21-22	28	25-26	21	23-25	29-30	17	75
11	25-26	20	27	22-24	19-20	21-22	26-28	15-16	63
10	23-24	18-19	25-26	20-21	18	18-20	24-25	13-14	50
9	21-22	16-17	24	17-19	16-17	16-17	22-23	12	37
8	19-20	14-15	23	15-16	15	13-15	19-21	10-11	25
7	16-18	13	22	12-14	13-14	10-12	17-18	9	16
6	14-15	11-12	21	10-11	12	8-9	14-16	7-8	9
5	12-13	9-10	20	8-9	10-11		13	6	5
4	10-11	8	18-19		9		9-12	5	2
3	8-9	6-7	17		6-8				1
2			16						<1
1			7-15						<1

*Nota:* BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DE= Derechos.

### Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida

Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil
109	123	94	83	102	56	57	82	11
108	122	93	82	102	54	56	81	10
107	122	92	81	101	52	55	80	9
106	121	92	80	100	50	54	79	8
105	120	91	79	99	48	53	78	8
104	119	90	78	98	46	52	78	7
103	118	89	77	98	44	51	77	6
102	118	88	76	97	42	50	76	6
101	117	87	75	96	40	49	75	5
100	116	86	74	95	37	48	74	4
99	115	84	73	94	35	47	74	4
98	114	83	72	94	34	46	73	4
97	114	82	71	93	32	45	72	3
96	113	80	70	92	30	44	71	3
95	112	79	69	91	28	43	71	2
94	111	77	68	90	26	42	70	2
93	110	76	67	90	24	41	69	2
92	110	74	66	89	23	40	68	2
91	109	72	65	88	21	39	67	1
90	108	70	64	87	20	38	67	1
89	107	68	63	86	18	37	66	1
88	106	66	62	86	17	36	65	1
87	106	65	61	85	16	35	64	1
86	105	63	60	84	14	34	63	1
85	104	60	59	83	13	33	63	1
84	103	58	58	82	12	32	62	1

Nota. PE = Puntuaciones estándar; ICV = Índice de Calidad de Vida

## Anexo 7: Descripción de las actividades del plan psicoterapéutico

Actividad	Temas a abordar	Objetivos	Técnicas	Desarrollo	Responsable
<b>Fase 1. Psicoeducación</b>					
1. “Envejecer activamente”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué es el envejecimiento activo?</li> <li>- Cambios en el adulto mayor</li> <li>- ¿Qué es la funcionalidad?</li> <li>- Tipos de funcionalidad</li> <li>- ¿Qué es la calidad de vida?</li> <li>- Dimensiones de la calidad de vida</li> </ul>	<p>Dar a conocer, tanto a los cuidadores del centro gerontológico como a los usuarios y personal encargando de su atención, aspectos referentes al proceso de envejecimiento, envejecimiento activo, la funcionalidad y el cuidado integral.</p>	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludo de bienvenida y dinámica</li> <li>- Presentación del taller con los temas más importantes acerca del envejecimiento activo</li> <li>- Aclaración de dudas</li> <li>- Dinámica de retroalimentación</li> </ul>	Psicólogo/a clínico/a
2. Funcionalidad física, personal y terapias grupales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué beneficios tiene la actividad física?</li> <li>- Tipos de ejercicios físicos para adultos mayores</li> <li>- Terapias grupales en los adultos mayores</li> <li>- Beneficios de las terapias grupales</li> <li>- Autoconocimiento y desarrollo personal</li> <li>- Uso de nuevas tecnologías</li> </ul>	<p>Psicoeducar a los adultos mayores y personal dedicado a su cuidado y atención sobre la estimulación física, desarrollo personal y terapias grupales</p>	Psicoeducación	<p>Psicoeducación a los adultos mayores como personal de atención y cuidado sobre la actividad física en el adulto mayor, terapias grupales, autoconocimiento y desarrollo personal</p>	Psicólogo/a clínico/a
<b>Fase 2. Intervención con los adultos mayores</b>					
1. Técnicas para la estimulación cognitiva	Técnicas para promover la estimulación cognitiva de los adultos mayores	Estimular las principales funciones cognitivas: lenguaje, memoria,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crucigramas</li> <li>- Sopa de letras</li> <li>- Juego de cartas</li> <li>- Rompecabezas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación del lugar y material a utilizar</li> </ul>	Psicólogo/a clínico/a

			atención y concentración en el adulto mayor	-	Lectura - Rasgado de papel		- Formación de grupos de 4 a 6 personas con similar funcionalidad - Desarrollo de las actividades.	
2.	Técnicas para la estimulación sensorial	Técnicas de estimulación sensorial	Mejorar, mantener y/o fortalecer la función sensorial de los adultos mayores	-	Reconocimiento de texturas, olores y sabores - Musicoterapia	<b>Adultos mayores con dependencia total y no videntes</b> - Tacto, audición, olfato y gusto <b>Adultos mayores con problemas auditivos</b> - Tacto, gusto, olfato y visión <b>Demás adultos mayores</b> - Trabajar todos los sentidos	Psicólogo/a clínico/a	
3.	Ejercicios de estimulación física	- Actividades de resistencia - Ejercicios de fortalecimiento - Ejercicios de flexibilidad - Ejercicios de equilibrio	- Promover la actividad y la funcionalidad física del adulto mayor	-	Ejercicios de resistencia aeróbicos - Ejercicios de fortalecimiento - Ejercicios de esfuerzo equilibrio - Ejercicios de estiramiento y flexibilidad	<b>Grupo de adultos mayores con dependencia total</b> - Ejercicios de fortalecimiento y flexibilidad <b>Grupo de adultos mayores con dependencia severa y moderada</b> - Ejercicios de estiramiento y flexibilidad, deportes <b>Grupo de adultos mayores con dependencia escasa o independencia</b> - Ejercicios de equilibrio,	- Cuidadores - Terapeuta físico/a	

						fortalecimiento, resistencia, deportes	
4. Terapias grupales	- Autoconocimiento y crecimiento personal. - Habilidades sociales	y Promover la participación social e integración de los adultos mayores a través de actividades grupales recreativas.	- Juegos de mesa	- Preparación del lugar y participantes - Aplicación de terapia grupal entre los adultos mayores sobre el autoconocimiento - Juegos de mesa			Psicólogo/a clínico/a
5. Cierre de taller.	- Agradecimiento cierre de taller	y Tener una grata despedida tanto con el personal como adultos mayores del centro gerontológico.	- Encuesta de satisfacción del programa.	- Encuesta de satisfacción - Palabras de agradecimiento por la participación en el taller. - Cierre del taller			Psicólogo/a clínico/a

## Anexo 8: Resultados complementarios

### Análisis de relación entre dependencia y las dimensiones de la calidad de vida

Tabla Nro. 4

#### *Dimensión: Bienestar emocional*

		Bienestar Emocional			Total
		Nivel alto	Nivel medio	Nivel bajo	
<b>Dependencia</b>	Dependencia total	1	5	2	8
	Dependencia severa	2	4	1	7
	Dependencia moderada	6	2	0	8
	Dependencia escasa	1	0	0	1
	Independencia	3	0	0	3
<b>Total</b>		13	11	3	27

*Fuente: Índice de Barthel y Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)*

*Elaborado: Leidy Mabel Villalta Gutiérrez*

#### **Análisis e interpretación:**

Se observa que de los 8 adultos mayores con dependencia total, 5 tienen un nivel medio respecto a la dimensión de bienestar emocional, 2 un nivel bajo y solo 1 un nivel alto; de los 7 adultos mayores con dependencia severa 4 tienen un nivel medio, 2 un nivel alto y 1 nivel bajo; de 8 adultos mayores con dependencia moderada, 6 tienen un nivel alto y un nivel medio; 1 adulto mayor con dependencia escasa tiene un nivel alto; finalmente 3 adultos mayores independientes tienen un nivel alto en bienestar emocional.

Tabla Nro. 5

**Dimensión: Relaciones interpersonales**

		<b>Relaciones interpersonales</b>			
		Nivel alto	Nivel medio	Nivel bajo	<b>Total</b>
<b>Dependencia</b>	Dependencia total	3	3	2	8
	Dependencia severa	2	3	2	7
	Dependencia moderada	6	2	0	8
	Dependencia escasa	1	0	0	1
	Independencia	3	0	0	3
<b>Total</b>		15	8	4	27

Fuente: Índice de Barthel y Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)

Elaborado: Leidy Mabel Villalta Gutiérrez

**Análisis e interpretación:**

Respecto a la dimensión relaciones interpersonales, de los 8 adultos mayores con dependencia total, 3 tienen un nivel alto, 3 un nivel medio y 2 un nivel bajo; 7 adultos mayores con dependencia severa, 3 tienen un nivel medio, 2 un nivel alto y un nivel bajo; de los 8 adultos mayores con dependencia moderada, tienen un nivel alto y un nivel medio; 1 adulto mayor con dependencia escasa tiene un nivel alto; por último 3 adultos mayores independientes tienen un nivel alto.

Tabla Nro. 6

**Dimensión: Bienestar material**

<b>Bienestar material</b>		
	Nivel alto	<b>Total</b>
<b>Dependencia</b>	Dependencia total	8
	Dependencia severa	7
	Dependencia moderada	8
	Dependencia escasa	1
	Independencia	3
	<b>Total</b>	<b>27</b>

Fuente: Índice de Barthel y Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)

Elaborado: Leidy Mabel Villalta Gutiérrez

**Análisis e interpretación:**

En cuanto a la dimensión bienestar material, se observa que todos los adultos mayores que tienen algún nivel de dependencia y los independientes tienen un nivel alto en esta dimensión.

Tabla Nro. 7

**Dimensión: Desarrollo personal**

		<b>Desarrollo personal</b>			
		Nivel alto	Nivel medio	Nivel bajo	<b>Total</b>
<b>Dependencia</b>	Dependencia total	0	3	5	8
	Dependencia severa	0	5	2	7
	Dependencia moderada	2	5	1	8
	Dependencia escasa	1	0	0	1
	Independencia	3	0	0	3
	<b>Total</b>	6	13	8	27

Fuente: Índice de Barthel y Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)

Elaborado: Leidy Mabel Villalta Gutiérrez

**Análisis e interpretación:**

En cuanto a la dimensión desarrollo personal, hay 8 adultos mayores con dependencia total de los cuales 5 tienen un nivel bajo y 3 un nivel medio; de los 7 adultos mayores con dependencia severa, 5 tienen un nivel medio y 2 un nivel bajo; de los 8 adultos mayores con dependencia moderada, 5 tienen un nivel medio, 2 un nivel alto y solo 1 nivel bajo; 1 adulto mayor con dependencia escasa y 3 independientes presentan un nivel alto.

Tabla Nro. 8

**Dimensión: Bienestar físico**

		<b>Bienestar físico</b>			<b>Total</b>
		Nivel alto	Nivel medio	Nivel bajo	
<b>Dependencia</b>	Dependencia total	0	1	7	8
	Dependencia severa	0	4	3	7
	Dependencia moderada	3	4	1	8
	Dependencia escasa	1	0	0	1
	Independencia	3	0	0	3
<b>Total</b>		7	9	11	27

Fuente: *Índice de Barthel y Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)*

Elaborado: *Leidy Mabel Villalta Gutiérrez*

**Análisis e interpretación:**

Los resultados de la dimensión bienestar físico arrojan que de 8 adultos mayores con dependencia total, 7 tienen un nivel bajo y 1 un nivel medio; de 7 adultos mayores con dependencia severa, 4 tienen un nivel medio y 3 nivel bajo; de 8 adultos mayores con dependencia moderada, 4 presentan un nivel medio, 3 nivel alto y solo 1 nivel bajo; finalmente 1 adulto mayor con dependencia escasa y 3 independientes presentan un nivel alto.

Tabla Nro. 9

**Dimensión: Autodeterminación**

		Autodeterminación			Total
		Nivel alto	Nivel medio	Nivel bajo	
<b>Dependencia</b>	Dependencia total	0	3	5	8
	Dependencia severa	0	3	4	7
	Dependencia moderada	0	7	1	8
	Dependencia escasa	1	0	0	1
	Independencia	3	0	0	3
<b>Total</b>		4	13	10	27

Fuente: Índice de Barthel y Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)

Elaborado: Leidy Mabel Villalta Gutiérrez

**Análisis e interpretación:**

Respecto a la dimensión autodeterminación de los 8 adultos mayores con dependencia total, 5 presentan un nivel bajo y 3 un nivel medio; de 7 adultos mayores con dependencia severa, 4 tienen un nivel bajo y 3 un nivel medio; de 8 adultos mayores con dependencia moderada, 7 tienen un nivel medio y 1 con nivel bajo; 1 adulto mayor con dependencia escasa y 3 independientes presentan un nivel alto.

Tabla Nro. 10

***Dimensión: Inclusión social***

		<b>Inclusión social</b>			
		Nivel alto	Nivel medio	Nivel bajo	<b>Total</b>
<b>Dependencia</b>	Dependencia total	2	5	1	8
	Dependencia severa	1	6	0	7
	Dependencia moderada	6	2	0	8
	Dependencia escasa	1	0	0	1
	Independencia	3	0	0	3
	<b>Total</b>	13	13	1	27

*Fuente: Índice de Barthel y Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)*

*Elaborado: Leidy Mabel Villalta Gutiérrez*

**Análisis e interpretación:**

Dentro de la dimensión inclusión social, de 8 adultos con dependencia total, 5 presentan un nivel medio, 2 nivel alto y 1 nivel bajo; de 7 adultos mayores con dependencia severa, 6 tienen un nivel medio y 1 nivel alto; de 8 adultos mayores con dependencia moderada, 6 presentan nivel alto y 2 nivel medio; 1 adulto mayor con dependencia escasa y 3 independientes presentan un nivel alto.

Tabla Nro. 11

**Dimensión: Derechos**

		<b>Derechos</b>	
		Nivel alto	<b>Total</b>
<b>Dependencia</b>	Dependencia total	8	8
	Dependencia severa	7	7
	Dependencia moderada	8	8
	Dependencia escasa	1	1
	Independencia	3	3
<b>Total</b>		27	27

*Fuente: Índice de Barthel y Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)*

*Elaborado: Leidy Mabel Villalta Gutiérrez*

**Análisis e interpretación:**

Como última dimensión dentro de la calidad de vida está derechos, donde todos los adultos mayores con diferente nivel de dependencia e independencia presentan un nivel alto.

## Anexo 9: Rectificación del proyecto de titulación



unl

Universidad  
Nacional  
de Loja

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

Oficio. No.423- C.PS.CL- FSH-UNL  
Loja, 03 de agosto del 2022

Señorita  
Leidy Mabel Villalta Gutierrez  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**

Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente extendiendo un cordial saludo, con respecto a lo solicitado el cambio de objetivos específicos dentro del trabajo de investigación denominado "NIVEL DE DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO HOGAR SANTA MARÍA JOSEFA DE MACARÁ PERIODO 2022"."; se autoriza la modificación el tercer objetivo específico del proyecto de investigación, el cual dice lo siguiente

- Diseñar un plan de intervención para fortalecer y/o mejorar la funcionalidad y calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico Hogar Santa María Josefa de Macará",

Por el siguiente objetivo:

- Diseñar un plan de intervención psicoterapéutico para fortalecer, mantener y/o mejorar la funcionalidad física y cognitiva, optimizando la calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico "Hogar Santa María Josefa de Macará"

Particular que comunico a Ud. para los fines correspondientes.

Atentamente,



Validado y controlado por:  
ANA CATALINA  
PUERTAS  
AZABRA

Dra. Ana Catalina Puertas A.

**DIRECTORA DE LA CARRERA  
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-  
UNL**

Archivo  
APA/tsc

## Anexo 10: Certificado de traducción de ingles

### Certificación de traducción de Abstract

Lcdo. Manuel Alejandro Poma Tacuri

**DOCENTE DE INGLÉS Y PROFESOR CERTIFICADO POR LA UNIVERSIDAD DE CAMBRIDGE**

#### **CERTIFICO:**

Que la traducción del resumen, denominado Abstract, de la tesis titulada **“Nivel de dependencia y calidad de vida de los adultos mayores del Centro Gerontológico “Hogar Santa María Josefa” de Macará periodo 2022”**, bajo la autoría del Srta. Leidy Mabel Villalta Gutiérrez con CI:1104544281, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja es completamente verídica; además, su traducción y revisión se ha realizado minuciosamente bajo mi responsabilidad.

Loja, 03 de octubre del 2022



---

Lcdo. Manuel Alejandro Poma T.  
Docente de Inglés  
E-mail: manuel.pomat@educacion.gob.ec  
CAMBRIDGE CERTIFICATE: B0357107

## Anexo 11: Certificación del tribunal de grado



**UNL**

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 28 de noviembre de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado: **NIVEL DE DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO HOGAR SANTA MARÍA JOSEFA DE MACARÁ PERIODO 2022**, de la autoría de la Srta. **Leidy Mabel Villalta Gutiérrez** portadora de la cédula de identidad Nro., **1104544281** previo a la obtención del título de **Psicóloga Clínica**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del Tribunal o por la Director Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del Trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

**APROBADO**

Dra. Karina Gabriela Rojas Carrión Mgs.  
**PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**

Psic. Cl. Anahy del Cisne Aguirre  
Collahuazo, Mgs.  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala,  
Mgs.  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Calle Manuel Monteros  
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador  
072 -57 1379 Ext.102

Anexo 12: Evidencias fotográficas



