

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **MACIAS PICO MAXIMO PASCUAL** y **MOLINA VERA ELINA ALEXIS**, con C.C. 1309179263, 1309546263, respectivamente, autores del trabajo de graduación titulado: “**PROBLEMAS QUE TIENEN LAS FAMILIAS EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR, POR SU DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA QUE PRESENTAN, LUEGO DEL TERREMOTO DEL 16A, EN EL CENTRO JAMA 1, PERIODO OCTUBRE- DICIEMBRE 2016**”, previa a la obtención del título profesional en la Especialidad de: Medicina Familiar y Comunitaria, en la Facultad de **Medicina**:

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 8 de febrero del 2017



MACIAS PICO MAXIMO PASCUAL

C.C. 1309179263



MOLINA VERA ELINA ALEXIS

C.C. 1309546263

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.



FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

**“PROBLEMAS QUE TIENEN LAS FAMILIAS EN EL CUIDADO DEL
ADULTO MAYOR POR SU DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE
LA VIDA DIARIA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA QUE
PRESENTAN, LUEGO DEL TERREMOTO DEL 16-A, EN EL CENTRO JAMA
1, PERIODO OCTUBRE - DICIEMBRE 2016.”**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORES:

Dra. ELINA ALEXIS MOLINA VERA. Y Dr. MAXIMO PASCUAL MACIAS
PICO.

DIRECTOR DE TESIS.

Dr. MAURICIO CUADRADO.

TUTOR METODOLÓGICO.

Dr. JOSÉ SOLA.

SANTO DOMINGO DE TSÁCHILAS – 2016

TEMA:

“PROBLEMAS QUE TIENEN LAS FAMILIAS EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR POR SU DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA QUE PRESENTAN, LUEGO DEL TERREMOTO DEL 16-A, EN EL CENTRO JAMA 1, PERIODO OCTUBRE - DICIEMBRE 2016.”

Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición dirige siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

Mi profundo agradecimiento al Ministerio de Salud Pública, por haberme otorgado la oportunidad de realizar un postgrado en mi país Ecuador, y esto contribuir en mantenerme unida a mi familia.

De igual manera, mis agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, institución que me ha permitido formarme en estos tres años como Médico en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, a las autoridades del Postgrado Nacional, a los docentes, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos me hicieron crecer día a día como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Dra. Elina Alexis Molina Vera

Agradecimientos

Agradezco a toda mi familia por sus palabras de aliento y apoyo para salir adelante, a todos mis amigos que con sus ideas me encaminaron para el inicio de este trabajo, también agradezco a mi Director Metodológico Dr. José Sola y a mi Director de Tesis Dr. Mauricio Cuadrado, a quienes agradezco de una manera muy especial por todo su interés, paciencia y tiempo que ha dedicado para el desarrollo de este trabajo.

Gracias a todos.

Dr. Máximo Macías Pico

Dedicatoria

Esta TESIS está dedicada a:

A **Dios Jehová**, quien ha sido mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo hasta el día de hoy.

A mis **padres Aníbal y Teresa**, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo, me han permitido llegar a cumplir un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo, valentía, honestidad y bondad, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mi **esposo Jorge Luis**, con su amor, cariño y apoyo incondicional me ha acompañado durante todo este proceso y ha palpado mis alegrías, mis tristezas, mis cansancios.

Finalmente quiero dedicar de manera exclusiva mi tesis a mis **dos hijos Grace Kelly y Carlitos Antonio**, que son mi inspiración a la superación, a mejorar cada día como persona, como madre y como Médico.

Dra. Elina Alexis Molina Vera

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a Dios, a toda mi familia y de una forma muy especial a mi esposa, a mi hijo, que siempre están brindando su apoyo incondicional, sin importar el esfuerzo que les toque emplear para ayudarnos a salir adelante.

Dr. Máximo Macías Pico

Tabla de contenido

Agradecimientos	iv
Agradecimientos	v
Resumen:	xv
Abstract:	xvi
Capítulo I	1
Introducción y Justificación.....	1
1.1 Introducción	1
1.2. Justificación	4
Capítulo II.....	5
Marco Teórico Referencial.....	5
2.1. Abordaje sistemático y evolutivo de la familia.....	5
2.1.1. Definición.....	5
2.1.2. Familia como sistema.....	6
2.1.3. Tipos de Familia.....	8
2.1.4. Funciones de la familia.	9
2.1.5. La familia desde el punto de vista evolutivo.....	10
2.2. Envejecimiento, familia y sociedad.	11
2.2.1. Adulto mayor.....	11
2.2.2. Tipos de adultos mayores.	12
2.2.3. Envejecimiento y clasificación.....	14
2.2.3.1. Clasificación del envejecimiento.	14
2.2.4. Teorías de envejecimiento.....	16
2.2.5. El proceso de envejecimiento y su impacto socio-familiar.....	16
2.2.6. El envejecimiento de la población y sus cifras en Ecuador.	18
2.2.7. Vejez y enfermedad.....	21
2.3. Dependencia.....	23
2.3.1. Fisiopatología de la Dependencia del adulto mayor.	25
2.3.2. Medición de la dependencia. Índice de KATZ:	27
2.4. Necesidad de cuidados en el adulto mayor ecuatoriano. El cuidado informal	29

2.4.1. El cuidado informal.....	31
2.4.2. Problemas familiares relacionados con el cuidado del adulto mayor. ..	32
2.5. Calidad de vida y adulto mayor.	34
2.5.1. Definición.....	34
2.5.2. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia.....	36
2.5.3. Medición de la calidad de vida. Escala de COOP/WONCA:	38
2.6. Desastres Naturales	40
2.6.1. Clasificación de los desastres naturales.	40
2.6.2. Desastres naturales en Ecuador.	41
2.6.3 Desastres naturales y organización familiar y social. ¡Error! Marcador no definido.	
2.6.3.1. Características de la zona afectada y su población.	43
2.6.3.2. Desastre natural en Ecuador: Terremoto Abril 2016. Descripción del desastre natural	47
2.7. Comportamiento social ante un desastre natural. La familia y el adulto mayor.	49
Capítulo III	52
Marco Metodológico	52
3.1. Tipo de estudio.....	52
3.2. Universo y muestra.	52
3.3. Criterios de Inclusión y exclusión.	52
3.3.1. Criterios de Inclusión.	52
3.3.2. Criterios de exclusión.....	53
3.4. Problema de investigación.....	53
3.5. Objetivos.....	53
3.5.1. General.	53
3.5.2. Específicos.	53
3.6. Hipótesis	54
3.7. Operacionalización de las variables.....	54
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.	59
3.5.1 Descripción de los instrumentos de medida.....	59

3.6. Análisis de los datos.	61
3.7. Aspectos bioéticos.	62
Capítulo IV	64
Resultados.....	64
4.1. Análisis univariados.....	64
4.1.1. Variables demográficas	64
4.1.2. Variables de estudio	69
4.2. Análisis Bivariado:	72
4.2.1. Variables demográficas	72
Nivel de escolaridad	88
Encargado del cuidado del adulto mayor	92
Problemas Familiares	94
Grado de independencia.....	96
Capítulo IV	98
Resultados.....	98
Prueba de odds ratio:	98
Capítulo V	104
Discusión.	104
Análisis de las características socio-demográficas de los adultos mayores en la población de Jama I, después del terremoto del 16-A.....	105
Análisis de grado de dependencia de los adultos mayores de la población de Jama I, después del terremoto del 16-A.	109
Análisis de calidad de vida de los adultos mayores de la población de Jama I, después del terremoto del 16-A.....	111
Capítulo VI.....	113
Conclusiones.....	113
Capítulo VI	114
Recomendaciones	114
Anexo 1.....	115
Anexo 2.....	116
Anexo 3.....	118
Anexo 4.....	119

Anexo 5.....	120
Anexo 6.....	120
Anexo 7.....	121
Anexo 8.....	121
Anexo 9.....	122
Anexo 10.....	122
Anexo 11.....	123
Bibliografía.....	124

Índice de tablas

Tabla 1	54
Tabla 2	65
Tabla 3	66
Tabla 4	66
Tabla 5	67
Tabla 6	68
Tabla 7	68
Tabla 8	69
Tabla 9	70
Tabla 10	71
Tabla 11	72
Tabla 12	72
Tabla 13	73
Tabla 14	74
Tabla 15	74
Tabla 16	75
Tabla 17	76
Tabla 18	77
Tabla 19	78
Tabla 20	78

Tabla 21	79
Tabla 22	80
Tabla 23	80
Tabla 24	81
Tabla 25	82
Tabla 26	83
Tabla 27	84
Tabla 28	84
Tabla 29	85
Tabla 30	86
Tabla 31	86
Tabla 32	87
Tabla 33	88
Tabla 34	89
Tabla 35	90
Tabla 36	90
Tabla 37	91
Tabla 38	92
Tabla 39	93
Tabla 40	94
Tabla 41	95
Tabla 42	96
Tabla 43	97

Tabla 44	98
Tabla 45	98
Tabla 46	99
Tabla 47	99

Resumen:

Objetivo: Analizar el grado de dependencia de los adultos mayores y su influencia en la familia y en su calidad de vida, luego del terremoto del 16-A, en el Centro Jama 1, período Octubre - Diciembre 2016.

Tipo de estudio: Observacional descriptivo de corte transversal o de prevalencia. Muestra: 172 adultos mayores de 65 años que habitaban en el centro de Jama I a los cuales se les aplicó los instrumentos (Encuesta ad Hoc, escala de COOP/WONCA e Índice de Katz).

Resultados: La significancia asintótica bilateral tiene un valor de $p < 0,05$ lo cual significa que las variables calidad de vida y autonomía están relacionadas, mientras que para la calidad de vida y cuidado de la familia se obtuvo una $p = > 0,05$ lo cual significa que las variables calidad de vida y cuidado de la familia no están relacionadas.

Conclusiones: El grado de dependencia de los adultos mayores encuestados en relación a la calidad de vida es independiente del cuidado familiar, mientras que depende de su autonomía. El problema familiar que más se presentó fue la falta de tiempo. Los adultos mayores de la población de Jama I poseen una calidad de vida moderada después del terremoto del 16-A

Palabras clave: Adulto mayor, dependencia, familia, calidad de vida, envejecimiento.

Abstract:

Objective: to analyze the grade of dependency in the older adults and its influence on the family and their quality of life, after the earthquake of 16-A, in the center of Jama I, period October - December 2016.

Design: Observational descriptive cross section or prevalence study.

Sample: 172 adults of 65 years old who inhabiting in the center of Jama I to whom was applied the instruments (ad hoc surveys, COOP / WONCA scale and katz index).

Results: The bilateral asymptotic significance has a value of $p < 0.05$ which means that the variables of quality of life and autonomy are related, whereas for the quality of life and care of the family a $p \Rightarrow 0.05$ was obtained which Means that the variables of quality of life and care of the family are not related.

Conclusions: The degree of dependence of the elderly respondents in relation to the quality of life is independent of the family care, while it depends on their autonomy. The family problem that presented itself most was lack of time. Older adults of the Jama I population have a moderate quality of life after the 16-A earthquake

Keywords: Older adults, dependency, family, quality of life, aging.

Capítulo I

Introducción y Justificación

1.1 Introducción

El cuidado del adulto mayor es uno de los problemas que se presentan hoy en día, no solo para la familia sino también por los recursos que invierte el estado para tal fin.

Actualmente la esperanza de vida a nivel mundial se ubica más o menos en los 70 años e incluso más, entre 2015 y 2050 se estima que la población con más de 60 años aumente desde 900 a 2000 millones lo cual simboliza un ascenso de entre 12 y 22% (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La población mundial está envejeciendo rápidamente, esta situación se está reflejando en Latinoamérica y el Caribe, las cuales, actualmente lo están sufriendo como un proceso extendido, ya que en todos los países de la región, la población de 60 años y más muestra un auge trascendental (Guzmán, 2002).

El envejecimiento de la población se ve reflejado demográficamente en el cambio de estructura de la pirámide poblacional de cada región, así mismo para el año 2025 en América Latina y el Caribe, se estima que la población mayor de 60 años se encuentre alrededor de 14.1% y además para el año 2050 se incrementará alrededor de 22.6% (Guzmán, 2002).

El ejemplo más palpable lo tenemos en Países sudamericanos como Ecuador, donde la esperanza de vida de los adultos mayores se encuentra estimada entre 72 y 78 años (Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC], 2009). Considerando y entendiendo

a la senectud o vejez como un proceso fisiológico, que es natural e ineludible y no siempre concuerda con la edad, debe tenerse en cuenta que el envejecer lleva inmerso una serie de experiencias y vivencias ya sean positivas o negativas.

Sumada a la idea anterior, hay diferentes tipos de factores que propician el envejecimiento poblacional, tales como: la condición de género, pobreza, vulnerabilidad social y económica (Treviño, Pelcastre, & Marquez, 2006), condiciones ambientales y sanitarias, estos elementos influyen en el estado físico y emocional de los adultos mayores, logrando en algunos casos generar problemas de índole personal y familiar, a pesar de que el núcleo familiar hace parte fundamental del día a día del adulto mayor, puede surgir inconvenientes en la dinámica familiar por la superposición de diferentes generaciones con opuestas necesidades y demandas (Ordoñez, 2011).

El alargamiento de la vida trae consigo enigmas en el ámbito social y familiar, entre estos enigmas se podría destacar la dependencia del adulto mayor, (Llumiyinga, 2013) problemática que afecta a el entorno familiar directa o indirectamente ya que, son los miembros de la familia los que en múltiples oportunidades se ven obligados a hacerse partícipe del cuidado del adulto mayor, es por esto que se hace imperativo subrayar el papel que juega el cuidador del adulto mayor en el desarrollo de la vejez, puesto que en el entorno habitual, son ellos los protagonistas y en cierta manera son los causantes del éxito o el fracaso del adecuado desenvolvimiento del adulto mayor a su cargo (Silva & Pérez, 2015).

En la sociedad actual la familia presenta un apego al desarrollo tecnológico, económico, social, entre otros, lo que dificulta que deseen compartir el día a día con

personas de otras generaciones, trayendo como consecuencia la fractura de los nexos familiares y la desatención al adulto mayor (Quintanar, 2010).

En el mismo orden de ideas, Rojas (1999) sostiene que la estrecha relación entre el cuidador y el adulto mayor hace que de una u otra manera se vea afectada positiva o negativamente la calidad de vida en el binomio cuidador y adulto mayor; tomando en cuenta que en la calidad de vida del adulto mayor contribuyen factores como son los factores ligados a la edad, y al género así como la autonomía psicológica (como se citó en Mora 2004, pág. 5), así como el hecho de vivir acompañado, esto se ve reflejado en el adulto mayor ecuatoriano donde la satisfacción de vida aumenta considerablemente cuando no vive solo (Mora, 2004).

La vulnerabilidad de los adultos mayores los hace un blanco fácil ante un desastre natural, este grupo etario es uno de los más afectados de manera desproporcionada, en parte por las fragilidades específicas en cuanto a movilidad, cambios de temperatura, disponibilidad de recursos económicos lo cual les impide valerse de sí mismo en un momento determinado; (HelpAge International, s.f.), en muchos casos el impacto psicológico puede afectar más a las personas mayores que a los otros grupos etarios (Fundación Oportunidad Mayor, 2016) lo que condiciona aún más la elevada dependencia y la disminución de la calidad de vida de este sector de la población.

1.2. Justificación

En la actualidad, luego del terremoto del 16 de abril [16-A] que azotó las costas del Ecuador, la población de esa región ha tenido que enfrentar no solo problemas relacionados con el ambiente como son, vivienda inadecuada, insuficiente abastecimiento de agua, eliminación de basuras y excretas, sino también a tenido que encarar problemas de índole social y familiar; es inevitable reflexionar sobre los desafíos que enfrenta el ser humano posterior a la parencia de ese fenómeno natural, en relación a la forma en que habita y cómo ello influye en su calidad de vida, la vivienda, su entorno, sus relaciones sociales, políticas y económicas en un tiempo y espacio determinado, por esta razón surgió en nosotros la necesidad de estudiar a la población que mayor vulnerabilidad presenta en el centro Jama I, y que por su condición y edad sufren discriminación, olvido, así como la violación de sus derechos a nivel individual y comunitario.

La atención de salud dirigida a los adultos mayores deberá enfocarse primordialmente en cuidar y prevenir antes que curar. Para esto, nuestro estudio será enfocado en identificar no solo los problemas habituales del área biológica, sino también aspectos y factores de riesgos que en ocasiones se ignoran y que sin duda afectan la calidad de vida del adulto mayor.

Tener un conocimiento de esta realidad contribuirá a aplicar medidas estratégicas, para mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores y sus familias del centro de Jama I.

Capítulo II

Marco Teórico Referencial

2.1. Abordaje sistemático y evolutivo de la familia.

2.1.1. Definición

Etimológicamente la palabra familia deriva del latín "famulus" que significa sirviente, anteriormente se le acuñaba este término al conglomerado de esclavos que eran criados por una misma persona (Paladines & Quinde, 2010). Actualmente, hay diversas definiciones de familia, en la actualidad la Organización Mundial de la Salud [OMS], define a la familia como:

Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Desde el punto de las ciencias sociales, la familia puede ser definida como la unidad social básica formada alrededor de dos o más adultos que viven juntos en la misma casa y cooperan en actividades económicas, sociales, y protectoras en el cuidado de los hijos propios o adoptados (Nuñez, 2010).

Salvador Minuchin define a la familia como un grupo natural que con el pasar del tiempo ha interactuado, constituyendo la estructura que rige el funcionamiento y define las conductas (Minuchin, Fishman, pág. 25, tomado de (Castro & Pintado, 2010).

Según Durán (2013) en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el artículo 16, numeral 3, consagra que " La familia es el elemento fundamental de la

sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y el Estado” (sección de Declaración de los Derechos Humanos, párr. 2).

En la legislación de Ecuador la familia puede definirse como un grupo unido por vínculos de parentesco por un periodo indefinido y constituye la unidad básica para la sociedad (Tinajero & Simbaña, 2015). En la Constitución de Ecuador (2008) en su artículo 67 “se reconoce a la familia en sus diversos tipos” (p. 31) y resalta que la base de la familia en Ecuador es el matrimonio, considerándolo como la “unión entre hombre y mujer, se fundará en el libre consentimiento de las personas contrayentes” (p.31) el cual está regulado por el Código Civil.

En esta investigación se adopta la definición según (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016) que considera la familia como los miembros de un hogar, relacionados consanguíneamente, por adopción y por asociación a través del matrimonio o el concubinato. Es así pues como del conglomerado de conceptos es aceptable inferir que existen diferentes tipos de familia, con características compartidas y con diferencias marcadas entre ellas que giran en torno a un sistema bien establecido.

2.1.2. Familia como sistema.

Un sistema familiar puede ser definido como aquel conjunto de personas relacionadas entre sí y de acuerdo a sus características, cada persona que conforma el sistema se relaciona con sus semejantes de una manera establecida y con límites definidos generando relaciones estables, las cuales son consideradas importantes y duraderas para las personas involucradas.

Propiedades del sistema

Entre las propiedades que destaca en el sistema familiar encontramos:

Totalidad: Cada parte se relaciona con el todo, de tal manera que los cambios de una de las personas afectan a todo el entorno y a todas las personas que forman el sistema.

El ser activo: Cada miembro es activo dentro del sistema, de tal manera que aún cuando no se propone a hacerlo, el entorno reacciona a su estado de pasividad, afectándolo de alguna manera.

Estructura: Es la organización entre los miembros que hacen vida dentro del sistema, esta emerge entre las partes que interactúan entre sí.

Resultados: Es un proceso interaccional de las condiciones, donde aún y cuando se tengan orígenes iguales los resultados pueden ser distintos.

Fuerzas de equilibrio: Este deriva de las reglas a seguir por parte de quienes forman el sistema, en tal sentido están representadas por dos fuerzas importantes, una de ellas es la homeostasis, la cual es considerada estabilizadora y de equilibrio, mientras que la otra es la función escalonada, en la que la principal función es la estabilización, esta función se logra a través del tiempo pasando por diferentes cambios que afectan a todo el sistema familiar de manera positiva o negativa según sea el caso (Maganto, s.f.).

Según esta interacción familiar podemos encontrar distintos tipos de familias, entre las que destacan:

2.1.3. Tipos de Familia

En el mismo orden de ideas Quintero (2007) clasifica a la familia en: Tipologías tradicionales, familias de nuevo tipo y formas de convivencia diferente a la familia

Tipologías Tradicionales.

Familia nuclear: Constituida por padres e hijos, conviven bajo el mismo techo, pudiendo estar constituida por dos personas esposo y esposa.

Familia extensa o conjunta: Combinación de varias generaciones unidas por vínculos de consanguinidad, conocida como familia trigeneracional.

Familia ampliada: Derivada de la familia extensa con la salvedad de que en esta es permisiva la existencia de miembros no consanguíneos, se caracteriza por el apoyo y la solidaridad.

Familias de nuevo tipo.

Familia simultánea, antes denominada superpuesta o reconstituida: Constituida por adultos divorciados o separados quienes forman pareja con otra persona en igual situación.

Familias con un solo progenitor, monoparentales o uniparentales: Es uno de los padres el que asume responsabilidad con los hijos.

Familias Homosexuales: Formada por una unión estable entre individuos del mismo sexo.

Formas de convivencia diferente a la familia.

Diadas conyugales o parejas: Constituidas por dos personas que se unen y comparten intereses en común, puede estar aquí incluidas las parejas homosexuales.

Estructura unipersonal, ciclo individual u hogar unipersonal: Personas adultas que viven solos, sin compartir con sus semejantes, surge este tipo de familias por necesidad.

Hogar o unidad doméstica: Los miembros que constituyen este grupo están unidos por un fin en común, que el de lograr obtener economía a gran escala, encontrándose voluntariamente unidos.

Familia de origen: Compuesta por la familia nuclear, padres e hijos, que siempre será la misma. Quintero (citado de (Paladines & Quinde, 2010).

2.1.4. Funciones de la familia.

La familia se percibe como centro y estructura fundamental y génesis de la sociedad, en consecuencia esta se encarga de velar por el confort físico, psicológico y social de todos y cada uno de sus miembros, ocupándose también de la reproducción de los que hacen vida en su seno (García, 2011).

En el tratado de Medicina Familiar y Comunitaria, se dividen las funciones de las familias del adulto mayor en tres grandes grupos:

Bio-social: De reproducción; en la familia se gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes.

Función económica: Se ejerce a través de la realización de actividades para garantizar la integridad de sus miembros; Incluye la obtención y administración de los recursos tanto monetarios como bienes de consumo, la satisfacción de necesidades básicas tanto por la vía de abastecimiento como el mantenimiento.

Función educativo-cultural: Se incluye toda la influencia que ejerce la familia en sus miembros, en todo el proceso de aprendizaje individual y el propio desarrollo familiar (Casado, 2012).

2.1.5. La familia desde el punto de vista evolutivo

Partiendo del hecho que la familia es un sistema estructural que sufre cambios, no es posible aseverar que esta relación entre personas con similitudes sea estático, por el contrario es considerado un proceso cambiante y dinámico, que atraviesa por diferentes fases de desarrollo como es la transformación, el crecimiento, la madurez y muchas veces la ruptura de esta relación (Maganto, s.f.).

Las diferentes etapas de la vida familiar son consideradas por Duvall y varios autores entre ellos Mc Whinney en ocho fases entre ellas: Familia en formación, familia con hijos pequeños, familia con niños escolares, familia con hijos adolescentes, familia en plataforma de lanzamiento, familia en nido vacío y familia anciana que es la etapa final del ciclo familiar. Al llegar a esta etapa depende en gran medida de cómo se han vivido las etapas previas, Será mejor si al llegar a esta edad se han cumplido algunas metas propuestas, si se ha logrado una buena autoestima y si se han fortalecido lazos afectivos con su familia extendida y con el mundo social más cercano: sus amigos, vecinos, grupos religiosos u otros grupos culturales.

Estas cercanías le serán de apoyo para asumir con sabiduría los logros alcanzados en la vida y las pérdidas que esta etapa conlleva. Lo que más tememos de la vejez es la soledad y la pérdida de las propias capacidades físicas y mentales. Cada persona debe aprender a vivir sus cambios corporales como parte natural del desarrollo de la vida, la actitud sabia implica aceptar los cambios y modificar la forma de vida para adaptarnos a ellos y gozar de un envejecimiento fisiológico saludable.

2.2. Envejecimiento, familia y sociedad.

2.2.1. Adulto mayor.

Un adulto mayor puede definirse como aquella persona que ha alcanzado y sobrepasado los 60 – 65 años, umbral tomado arbitrariamente, donde no se contempla los demás factores, en los que la edad sola nada significaría, coincidiendo esta edad con el periodo de retiro en muchos países a nivel mundial (Zabaleta, 2012).

Según el glosario gerontológico podemos definir adulto mayor como aquella persona de 60 años y más, período implícito entre la adultez y la muerte de una persona, (Yepéz, 2016) la utilización de este término así como el de persona mayor ha sido promovido por el Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA] por la misma dependencia, en reemplazo al de tercera edad, anciano, abuelo, senescente, viejo, que pueden verse como términos despectivo, asociándose inevitablemente con una concepción negativa o perjudicial de la vejez (Glosario Gerontológico, s.f).

Una clasificación mundialmente aceptada es la establecida por la Organización Mundial de la Salud [OMS] el cual establece que las personas de 60 a 74 años son

consideradas personas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que superan los 90 años se les califica como grandes longevos.

El adulto mayor se categoriza, como aquella que supera los 60 años, y se les puede denominar indistintamente personas de la tercera edad (El Adulto Mayor, s.f). Concepto surgido en Francia en 1950, y fue el Dr. J. A. Huet quien incluyó en este contexto a personas de cualquier edad, jubiladas y aquellas dependientes de una pensión Fajardo (tomado de (El adulto y el anciano, s.f).

En Ecuador se acepta el término de adulto mayor para categorizar a las personas de más de 65 años, tomándose esta edad según la Ley del Anciano promulgada en el R.O. de 6 de noviembre de 1991 y decreto ejecutivo No. 127 y su registro general en vigencia en el R.O. 961 del 19 de junio de 1992 y decreto ejecutivo No. 3437 (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2008).

De la variable definición de adulto mayor se puede deducir que no todos ellos son iguales, pueden parecerse entre sí pero existen características que los diferencia y relaciona entre ellos, generando diferentes tipos según sus características y según su proceso funcional de envejecimiento.

2.2.2. Tipos de adultos mayores.

La clasificación presentada por el Glosario Gerontológico es la siguiente: Adulto mayor autovalente sano, adulto mayor frágil y adulto mayor dependiente.

Ahora bien, siguiendo la clasificación anterior y la funcionalidad del adulto mayor, este puede enmarcarse en los siguientes conceptos:

Adulto mayor autovalente sano: Individuo con características físicas, funcionales, mentales y sociales acorde a la edad en años que lo hace capaz de cumplir con las funciones esenciales de autocuidado (alimentarse, desplazarse, vestirse...) así como actividades adaptativas al entorno que lo rodea (leer, ingerir medicamento, viajar...).

Adulto mayor frágil: Aquel individuo en la que su autonomía se ve afectada por factores que pueden ser físicos, sociales, psicológicos, económicos entre otros.

Adulto Mayor dependiente: Aquel sujeto minusválido para realizar actividades de la vida diaria. (Glosario Gerontológico, s.f).

Es evidente que no todos los individuos mayores de 65 años son iguales, este grupo etario es un conglomerado heterogéneo por lo que en el tratado de geriatría para residentes se exponen algunas definiciones en forma de consenso, estas son:

Anciano Sano: Persona en edad avanzada con privación de enfermedad objetivable, independiente en el desenvolvimiento de la vida diaria.

Ancianos Enfermos: Pertenece a la clasificación de Anciano sano, con la salvedad que presenta una patología aguda, la cual no se mantiene en el tiempo y puede resolverse en los centros asistenciales tradicionales.

Anciano Frágil: Aquel adulto mayor que escasamente conserva su independencia, con riesgo de volverse dependiente, en ellos la capacidad funcional esta supuestamente adecuada para desarrollar actividades de la vida diaria (Robles, Miralles, Llorach, & Cervera, s.f.).

2.2.3. Envejecimiento y clasificación.

El envejecimiento es el proceso de cambio y disminución de las funciones orgánicas; también puede definirse como el proceso de cambios paulatinos inalterables en la estructura y función de un organismo que se da como consecuencia del paso del tiempo, este proceso abarca cambios que se evidencian en mayor cuantía durante la madurez (Glosario Gerontológico, s.f).

El envejecimiento puede enmarcarse en la etapa en el que el individuo, con el paso de los años va perdiendo vitalidad lo que supone pérdida de la capacidad de sus funciones biológicas (Castro & Pintado, 2010) .

En cuanto a la aseveración biológica, el envejecimiento se vincula con cambios a nivel celular y molecular y se asocian raramente con la edad de un individuo, estos cambios están claramente influenciados tanto por el medio ambiente como por el comportamiento que rodea al individuo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Envejecer puede palpase como un descenso en las funciones fisiológicas, capacidad sensorial y cognitiva, y puede hasta relacionarse como una finalización de la etapa productiva, mas sin embargo el rendimiento intelectual y la capacidad espiritual del individuo no disminuyen con la edad (El Adulto Mayor, s.f).

2.2.3.1. Clasificación del envejecimiento.

El envejecimiento lleva inmerso factores propios inherentes a la herencia y factores externos como son estilos de vida y ambiente, que permiten que pueda ser clasificado de la siguiente manera:

Envejecimiento habitual: En el que los factores propios y externos actúan normalmente.

Envejecimiento Exitoso: Factores propios y externos se unifican favorablemente.

Envejecimiento Incapacitante: Donde los factores externos actúan de manera desfavorable.

Envejecimiento Patológico: En donde interactúan tanto los factores externos como los internos de manera desfavorable para el individuo (Torres, 2003).

Es así como la interacción de diferentes factores puede dar origen a los diversos tipos de envejecimiento, sin embargo, existe otra forma de clasificación del proceso de envejecimiento en la que se toma en cuenta el proceso relacionado con el pasar del tiempo y con los cambios propios que esto genera y la presencia de alteraciones patológicas mediadas por el ambiente, dando lugar a la siguiente clasificación:

Envejecimiento Fisiológico o eugérico: Es aquel que sobreviene con el pasar del tiempo, sin que en este intervengan variaciones patológicas (Castro, 2014) con modificaciones propias de órganos y sistemas del organismo (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2008). Estos individuos han tenido pocas enfermedades a lo largo de su vida, desenvolviéndose en un entorno ambiental propicio, pudiendo considerar que envejecen en salud (Ribera, s.f.).

Envejecimiento Patológico o patogérico: Puede ser considerado como el desgaste físico o mental provocado por una sucesión de daños (Castro, 2014) como pueden ser alteraciones patológicas que derivan de enfermedades o del medio ambiente.

2.2.4. Teorías de envejecimiento.

Programación Genética o Reloj Biológico: Las células del cuerpo humano dependiendo de la longitud de sus telómeros están programadas para dividirse en un determinado número de veces, acortándose en cada división lo que condiciona el envejecimiento, perdiendo poco a poco la capacidad de seguir dividiéndose.

Estrés Oxidativo: Con la mayor producción de Radicales libres, se produce un daño celular que con el pasar del tiempo trae como consecuencia el envejecimiento celular.

Eje Neuroendocrino o teoría hormonal: Las hormonas como los estrógenos, melatonina y la hormona de crecimiento en el proceso de envejecimiento van disminuyendo cualitativamente, lo que ocasiona la pérdida de masa muscular, lo cual está relacionado con la aceleración del proceso de envejecimiento (Vidal, 2013).

El término envejecimiento como fenómeno social, acepta varios abordajes en el cual llama la atención el abordaje social, cuya unidad de análisis es la familia, siendo considerada la instancia más cercana de los adultos mayores (Cañadas, 2012).

Entendiendo el envejecimiento como un proceso natural, en el que las condiciones físicas y cognitivas del adulto mayor se van deteriorando y donde la dependencia se va incrementando exponencialmente se debe definir y relacionar de manera directa al envejecimiento con la dependencia que este acarrea.

2.2.5. El proceso de envejecimiento y su impacto socio-familiar.

La familia o la pareja desempeñan un rol decisivo tanto en la adaptación física como en la adaptación psicológica del adulto mayor, logrando en muchos casos aminorar la declinación cognoscitiva y los efectos de estrés o enfermedad, en la

adaptación física se puede asociar el hecho de estar casados con menor riesgo de caídas, o temor a caerse (Reyes, Camacho, & Eschbach, 2006). De la misma manera se puede considerar a la familia y los adultos mayores como una sinergia que guarda relación unidireccional, siendo la familia considerada esencial para abordar la problemática de los adultos mayores, puesto que la interacción diaria influye en el proceder comportamental de unos y otros, y a su vez puede generar un cambio de comportamiento, pensamiento y sentimientos.

La estructura social denominada familia juega un papel importante en el grupo etario más longevo al disminuir el riesgo de institucionalización o de morbilidad. Asimismo, el estrés originado por problemas económicos o el depender económicamente de la familia, puede producir estrés y afectar la salud del anciano.

Siguiendo la idea anterior el rol que desempeña el adulto mayor dentro de la familia y dentro de la sociedad es variable, la familia para el adulto mayor significa pertenecer a un grupo, y en muchos casos corresponde asegurar bienestar físico y espiritual (Muñoz & Yopez, 2016) siendo su principal fuente de apoyo psicosocial Buil y Espino (citado de (Ordoñez, 2011)).

En consecuencia la familia se enmarca en funciones de protección y solidaridad, temas que involucra directamente a los adultos mayores, centrandose su tarea en ayudar a mejorar la sensación de confort y seguridad en este grupo etario quienes sienten a la familia como prioridad, ya que el hecho de pertenecer a un grupo social le genera felicidad, destacando así el rol positivo que desempeña la familia en el las personas de la tercera edad (Sánchez & Egea, 2011).

La familia es considerada socialmente como parte fundamental en el desarrollo diario de la vida del adulto mayor, la misma debe conocer y comprender como es la dinámica de vida y etapas de desarrollo de este importante grupo poblacional para con ello fortalecer los lazos familiares entre las familias y el adulto mayor.

2.2.6. El envejecimiento de la población y sus cifras en Ecuador.

La Organización de Naciones Unidas [ONU] define a una población como envejecida, cuando del total de sus habitantes más del 7% son personas que sobrepasan los 65 años, situación demográfica que será más trascendental en la medida que los índices de fertilidad disminuya (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2002).

El envejecimiento de la población puede explicarse como la alteración de la distribución por grupos etarios entre los miembros de una población, pudiendo estimarse que la causa de este proceso radica en el descenso de las tasas de natalidad, y mortalidad infantil, así como el incremento de la esperanza de vida.

En el envejecimiento poblacional los factores relacionados con la velocidad de disminución de la tasa de natalidad y la rapidez con la que ha ido envejeciendo la población se encuentran enlazados de manera directa y proporcional, por ello se puede afirmar que el incremento de la población envejecida se debe al efecto "Baby Boom" donde la tasa de natalidad se incrementó en todo el mundo luego de la segunda guerra mundial, encontrando ya en el año 2010 que los llamados "babyboomers" han alcanzado y sobrepasado los 60 años, favoreciendo el envejecimiento poblacional como fenómeno demográfico (Silva & Pérez, 2015).

El envejecimiento poblacional visto desde la óptica de la OMS se puede clasificar como vertiginoso, entre los años 2000 y 2050 la proporción de los adultos mayores a nivel mundial se duplicará, lo que traerá como consecuencia que los octogenarios y los nonagenarios aumentarán casi cuatro veces pudiendo alcanzar cifras de 395 millones, acontecimiento nunca antes visto en la historia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

En 2016, según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] en América Latina y el Caribe se han visto cambios en el perfil demográfico, resaltando que para el año 2010 vivían aproximadamente 59 millones de adultos mayores, y para 2050 esta cifra se incrementará casi 4 veces pudiendo estimarse en 200 millones de adultos mayores. Esto puede verse reflejado en el constante aumento del índice de Envejecimiento y la esperanza de vida (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014-2019).

A su vez, según un informe publicado en la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] de la Organización de Naciones Unidas [ONU] Ecuador no se escapa de esta realidad demográfica latinoamericana, en consecuencia estima que para el año 2025 habrá una proporción de 12.6% de personas mayores de 60 años, y para el año 2050 esta cifra se incrementará casi al doble en 21.9% (Guzmán, 2002).

Conforme a lo publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo de Ecuador [INEC], hay en este país aproximadamente 1.229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), observándose que la mayor cantidad de ellos reside en la sierra del país (596.429 personas) seguido de la Costa (589.431 personas), el género femenino representa (53,4%) de la población y la mayor cantidad está en el rango entre

60 y 65 años de edad. De igual forma El 11% de los adultos mayores vive solo, advirtiendo que esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); entretanto los adultos mayores que viven acompañados lo hacen en casa de sus hijos (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%). Del total poblacional de adultos mayores el 81% dice estar satisfecho con sus vidas y el 28% refiere sentirse desamparado (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2015).

Según las proyecciones por edades para el país ecuatoriano se estima que para 2020 habrá a nivel nacional alrededor de 7% de personas de entre 60 y 100 años (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2014).

En la ciudad de Quito la situación no difiere de la realidad ecuatoriana, los adultos mayores para ambos sexos representan 5,9% con respecto a la población total, estimándose de esta manera que seis de cada cien personas de la ciudad de Quito son adultos mayores (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2008).

En la provincia de Manabí, se registró un número importante de longevos, quedando registrados en el último censo 82.360 adultos mayores, los cuales representaban el 6% de la población total de la provincia (González, 2016) de la totalidad de ellos llama la atención que 3.734 personas tenían edades comprendidas entre 90 a 113 años de edad siendo considerados grandes longevos, y el mayor número se concentra en los 90 años de vida, por tal motiva esta provincia puede ser considerada como el valle de la eterna juventud, debido al importante número de personas que supera los 100 años (El Diario, 2011).

El cantón Jama sigue las características demográficas en cuanto a los adultos mayores de la provincia de Manabí, este cantón cuenta con una población aproximada de 23.253 habitantes (Observatorio económico, s.f.), de los cuales 911 corresponden a adultos mayores (Mnisterio Cordinador de Desarrollo Social, 2014).

Tomando en cuenta el destacable envejecimiento que está presentando la población a nivel mundial, municipal y cantonal, se debe entender el proceso fisiológico por el cual se atraviesa para llegar a disfrutar del extremo último de la vida como lo es el envejecimiento, para así afrontarlo y vivirlo de la mejor manera posible.

2.2.7. Vejez y enfermedad.

La vejez puede ser considerada aquel momento en el que es hora de realizar ajustes, ya que no solo las capacidades físicas se hacen limitadas, sino también las capacidades sociales, las relaciones interpersonales, entre otras, es por ello que es el momento donde se debe prestar más atención al cuidado de la salud y al bienestar físico y mental (Nieto, Cerezo, & Cifuentes, 2006).

Sociológicamente envejecer está asociado a desarrollar un deterioro de la salud y aumento de la vulnerabilidad por la declinación de la productividad a la que se ve sometido el adulto mayor en esta etapa de su vida, haciéndose creciente la inadecuada respuesta de su cuerpo ante situaciones que antes parecían ser de fácil respuesta. Tanto la vejez como la enfermedad son procesos que están muy relacionados, la enfermedad no solo está asociada al deterioro o a la declive respuesta del cuerpo ante diferentes situaciones, sino que es también la representación propia que puede percibir una persona ante una determinada situación (Olvera & Sabido, 2007).

Actualmente la problemática que enfrenta el proceso de envejecimiento es la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la depresión, accidentes cerebro-vasculares, ataques cardiacos, entre otros, sin embargo es un error aseverar que la presencia de alguna enfermedad en la vejez significa que la persona ya no es saludable, ya que en muchos casos una persona mayor de 60 años puede sufrir una o varias enfermedades manteniendo una buena capacidad funcional y un buen nivel de bienestar siendo considerado saludable aun y cuando padece alguna enfermedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015)

La abrumadora carga de morbilidad en los adultos mayores de todos los países se debe fundamentalmente a enfermedades no transmisibles, a medida que los adultos pasan a la etapa de vejez desarrollan multimorbilidad lo que significa el desarrollo de varias enfermedades al mismo tiempo, esta multimorbilidad está asociada frecuentemente a un bajo nivel socioeconómico, la raza, mayor número de enfermedades previas. El impacto durante la vejez de la multimorbilidad está determinado por el número de afecciones, el tipo de enfermedad y las interacciones entre ellas, lo que pudiese estar relacionado con los cambios inmunitarios relacionados con el envejecimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

La transformación social y moderna de la sociedad impactan en el modo de cómo se percibe el envejecimiento y la relación existente con la enfermedad y de alguna manera con la muerte, de tal manera que la aceptación en esta etapa de cambios debe construirse a partir de diferentes ópticas en las que la sociedad y el individuo son claves para entender y enfrentar el proceso de vejez y enfermedad que están estrechamente relacionados, así como está relacionado con el mayor grado de dependencia ante las

actividades de la vida diaria que enfrenta día a día el adulto mayor (Olvera & Sabido, 2007).

2.3. Dependencia.

En una percepción gerontológica la dependencia puede entenderse como aquel estado en el que se encuentra una persona donde se hace evidente la necesidad de asistencia para realizar actividades cotidianas, motivada por la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual (Glosario Gerontológico, s.f).

El concepto anteriormente expuesto es también aceptado por el Consejo de Europa (Llumiñana, 2013) el cual aclara que este estado no es exclusivo de los adultos mayores aunque en esta época la incidencia aumenta (Dorantes, Ávila, Mejía, & Gutierrez, 2007).

La Real Academia Española (s.f.) define la dependencia como la conexión a un poder mayor, o a la condición de un sujeto que no puede valerse por sí mismo (Silva & Pérez, 2015).

La dependencia también puede ser concebida en el contexto de ayuda que precise una persona para realizar o mejorar el funcionamiento de una actividad determinada, es considerada un hecho variable y dependerá del estado de salud así como del contexto real en un momento determinado, siendo potencialmente capaz de mejorar o empeorar según estén dadas las circunstancias (Querejeta, s.f.).

La dependencia puede verse desde diferente puntos de vista, uno de los conceptos más aceptados es el formulado por la OMS, (1980) el cual la considera como ausencia de la capacidad de realizar actividades dentro de los márgenes considerados normales.

(Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], s.f.). En general, todas las definiciones de dependencia están vinculadas con condiciones de salud alteradas siendo este concepto inseparable de la discapacidad, definiéndose esta como la disminución de la capacidad de realizar tareas consideradas específicas en el cuidado personal y autonomía del individuo (Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], s.f.).

En un estudio realizado en 156 adultos mayores en la ciudad de Soria, se encontró que el grado de dependencia en el adulto mayor aumentaba conforme a la edad, y se demostró que los individuos de más de 85 años presentaban mayor grado de dependencia, así mismo se observó que el grupo con mayor dependencia en relación al sexo fue el grupo correspondiente a mujeres, pudiendo esto tener relación con el hecho de que este grupo padece mayor grado de soledad manifiesto, ocasionando que este aislamiento social favorezca mayor dependencia (de la Fuente, Bayona, Fernández, Martínez, & Navas, 2012).

En este mismo estudio se observó que el grado de dependencia del adulto mayor institucionalizado está relacionado con múltiples factores que pueden ir desde la edad hasta una inadecuada percepción del estado de salud (de la Fuente, Bayona, Fernández, Martínez, & Navas, 2012).

Los factores asociados a la dependencia frecuentemente son, la presencia de comorbilidades o patologías y de estas la presentación atípica de las mismas que pueden ocasionar complicaciones que tiendan a generar cronicidad (Silva & Pérez, 2015).

2.3.1. Fisiopatología de la Dependencia del adulto mayor.

El envejecimiento está estrechamente relacionado con la dependencia, y en esta se describen base fisiopatológicas que explican el aumento en la dependencia de los adultos mayores a medida que transcurren los años, estas bases son:

Sarcopenia:

Definida como la disminución de la masa muscular, ligada a la edad, considerada como el componente principal de la fragilidad que se presenta en el adulto mayor (Jauregui & Rubin, 2012), relacionado a su vez con los cambios de la marcha, acrecentamiento de las caídas, debilitamiento en los apretones de manos (Lluis & Llibre, 2004), este fenómeno se hace más evidente a partir de los 50 años de edad, declinando la masa muscular entre uno y dos por ciento anualmente, mientras que la fuerza muscular disminuye aproximadamente 1,5% pudiendo llegar hasta 3% al sobrepasar los 60 años de vida, siendo los hombres los más afectados con casi el doble de probabilidad sobre las mujeres. Este padecimiento puede clasificarse como primario, en el caso de que no sea posible atribuir el proceso a otras causas más que al envejecimiento propio o secundaria cuando se encuentra causas diferentes (Salv, 2011). Interpretando este concepto, se hace evidente la relación directa existente entre la sarcopenia y la dependencia, ya que con el pasar del tiempo a mayor padecimiento de sarcopenia mayor es la dependencia en el adulto mayor.

Disfunción neuroendocrina

El proceso de envejecimiento está relacionado intrínsecamente con la alteración disfuncional del eje hipotálamo – hipófisis - suprarrenal, es por ello que en este proceso se vean afectadas algunas hormonas como son:

Cortisol: El cortisol sufre un incremento relacionado con la edad y el sexo, relacionados directamente con el favorecimiento de la sarcopenia, y con la baja resistencia frente a enfermedades infecciosas, siendo en este caso las mujeres las que mayores niveles de cortisol presentan, haciéndolas más susceptibles a los problemas que ello implica.

Hormona de crecimiento: La hormona de crecimiento esta vincula íntimamente al desarrollo y mantenimiento de la masa muscular, a medida que se envejece esta hormona sufre deterioro en su producción lo que favorece el proceso de sarcopenia.

Hormonas Sexuales: En los hombres, la testosterona, importante hormona sexual sufre un gradual declive a medida que la edad va avanzando, ocasionado tanto por la falla testicular como por la disfunción misma del eje hipotálamo hipófisis gónada. Mientras que en las mujeres la disminución en la producción de estrógenos posterior a la menopausia acelera la pérdida de masa muscular, lo cual favorece la sarcopenia y hace de esta manera más dependiente al adulto mayor.

Disfunción inmune

En el envejecimiento se observa un incremento en los niveles de citoquinas catabólicas como las interleukinas y los factores de necrosis tumoral, así como la declinación de la inmunidad humoral, que se traduce a una mayor limitación y fragilidad en los adultos mayores, sumado a los cambios de las hormonas sexuales favorece los cambios musculares y pérdida paulatina de fuerza que se observa en este grupo poblacional (Lluis & Llibre, 2004).

Todos estos sistemas, entrelazados entre sí, y actuando de manera estrechamente relacionada pueden ser considerados factores que contribuyen al proceso de fragilidad, lo cual se traduce a mayor probabilidad de caídas y mayor estado de dependencia en los individuos que con el paso del tiempo se van haciendo cada día más longevos.

Partiendo de estas consideraciones surgió un importante instrumento que logra medir el grado de dependencia, pudiendo este ser objetivado según los Índices de Katz o Índice de Barthel, tomando en cuenta que son los más clásicos y los más utilizados por su facilidad en la aplicación y comprensión.

2.3.2. Medición de la dependencia. Índice de KATZ:

Se trata de un instrumento que busca evaluar el grado de independencia de un enfermo en relación a las actividades básicas de la vida diaria, en muchos casos este puede ser contestado por el propio enfermo o por alguno de sus familiares sin que pierda validez.

Está formado por seis ítems dicotómicos que evalúa la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas, se puede puntuar de dos formas, una de ellas es considerar los ítems individualmente, de esta manera la capacidad para realizar alguna tarea se evalúa con 0 (cero), mientras que la incapacidad con 1 (uno) (Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias [SAMIUC], 2015). Otra manera de puntuar es la descrita por los autores, agrupando los ítems para obtener grados A, B, C, D... de independencia.

Las actividades de la vida diaria que evalúa son:

- Baño.

- Vestido.
- Uso del wáter closet (WC).
- Movilidad.
- Continencia.
- Alimentación.

En el primer caso, el programa evalúa las puntuaciones obtenidas y clasifica al enfermo en tres grados de incapacidad, incapacidad leve o ausente, incapacidad moderada o incapacidad severa.

En el segundo caso, atendiendo el orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones se observa que cero (0) equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C y así sucesivamente.

Grados A – B o 0 – 1 punto: Ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C – D o 2 – 3 puntos: Incapacidad Moderada.

Grados E – G o 4 – 6 puntos: Incapacidad severa. (Servicio Andaluz de salud consejería de salud, s.f.)

Este índice ha demostrado ser útil, cuenta con una buena consistencia interna y validez, sirviendo entre otras cosas para demostrar la expectativa de vida activa, su fiabilidad se ha valorado en múltiples estudios presentando coeficientes de correlación (>0,70) y test re-test (> 0,90) considerados altos. Es un índice que está validado en diferentes países, idiomas, entornos culturales. En general es muy eficaz, sin embargo presenta una disminución de su eficacia en pacientes más sanos lo que hace que se subestime la necesidad de ayuda (Trigás, Ferreira, & Meijide, 2011).

La dependencia de los adultos mayores, genera en ellos muchas veces un sentimiento de carga, considerándose a sí mismos como una posible fuente de problemas para su entorno familiar, lo que hace que la calidad de vida propia se vea afectada por múltiples acontecimientos cotidianos. La edad se relaciona con el deterioro del estado funcional, pero esta es considerada un factor independiente asociado con la dependencia para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin embargo existen otros factores como son las comorbilidades principalmente crónicas, la depresión, el dolor, que son considerados claves para la determinación de la mayor dependencia funcional en la realización de actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores (Dorantes, Ávila, Mejía, & Gutierrez, 2007).

Siendo la dependencia funcional del adulto mayor una posible limitante en el desarrollo de las actividades diarias se considera que con el pasar del tiempo el aumento de esta ayuda a socavar la percepción de calidad de la persona afectada.

2.4. Necesidad de cuidados en el adulto mayor Ecuatoriano. El cuidado informal

Según cifras de la encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador [SABE] (2009), la dependencia en los adultos mayores de Ecuador está presente, en este estudio se demostró que solo 10,7% de los adultos mayores viven solos, situación que es más palpable en el área rural y en la costa del país, del 89,3% restante que vive acompañado lo hace con una persona de su familia en la mayoría de los casos, y de la familia, el miembro que con mayor prevalencia asume este rol son los hijos (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2014).

En Quito por cada 100 hogares se tienen 16,4 con al menos un adulto mayor, y de la totalidad de hogares existente en esta localidad 13,8% tienen como jefe de hogar a un adulto mayor, predominando en la jefatura en el género masculino sobre el género femenino (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2014).

Es importante destacar que ocho de cada diez de estos hogares son vivienda propia de los adultos mayores lo que genera mayor grado de protección al desalojo como indicador de estabilidad residencial (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2014).

En Ecuador según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento [SABE], (2009) el adulto mayor es el responsable en un 28,4 % de los casos de cubrir los gastos de consulta hospitalaria mientras que en el 21,3% de los casos dicha necesidad es cubierta por los hijos y 5,6% por los esposos o esposas, lo que refleja que en este país suramericano la dependencia del adulto mayor en cuanto a cobertura de necesidad de consulta hospitalaria es cubierta por sí mismo o por sus familiares y el resto es asumido por el Estado en los centros destinados para tal fin (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2014).

En Ecuador alrededor de la mitad de los adultos mayores no trabaja, lo que hace pensar que este país los adultos mayores son potencialmente más dependiente de quienes los rodean, siendo la razón primordialmente el estado de salud, el cual lo limita para realizar diversas funciones, siguiendo disposiciones familiares y jubilación entre otras causas (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2014).

Según estos datos estadísticos presentado en apartados anteriores se concluye que la gran mayoría de los adultos mayores ecuatorianos viven acompañados y son cuidados por sus familiares ya que presentan limitaciones para ejercer algún trabajo remunerado lo que los hace dependientes de su grupo familiar en la mayoría de los casos.

Siendo la dependencia de los adultos mayores en Ecuador frecuente, se debe tomar en cuenta dos puntos importantes a la hora de querer medirla, una de ellas hace referencia a lo que es una persona dependiente, y la otra se refiere a cuán dependiente es esa persona, de tal manera que para medir la dependencia se pueden utilizar dos ámbitos, uno de ellos son las consideradas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como vestirse, comer o asearse, y el otro es aquel donde se considera las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como comprar o prepara comida (Departamento de estudios y desarrollo-Superintendencia de Salud; Departamento de Economía de la Salud; División de Planificación Regional de MIDEPLAN, 2008).

2.4.1. El cuidado informal

Ofrecer atención a los adultos mayores es una experiencia que puede ir desde lo positivo hasta lo negativo, la persona responsable, ya sea por decisión propia o por petición de algunos de los miembros de la familia, que asume ofrecer cuidados a un adulto mayor es la encargada de facilitarle las herramientas necesarias para esta persona continúe desenvolviéndose en su entorno de la manera más adecuada posible.

En muchas oportunidades las personas que asumen el rol de cuidador, no están capacitadas para enfrentar esta situación, son aquellos denominados cuidadores informales, frecuentemente es un rol asumido por miembros de la familia, amigos o vecinos, estas personas a parte no poseer capacitación para el cuidado del ser querido,

no reciben remuneración alguna por la actividad que ejecutan, sin embargo, es destacable el elevado sentido de compromiso y abnegación con el que llevan a cabo las actividades renunciando a sus propias actividades de la vida diaria para brindarle cuidado al adulto mayor.

A pesar de los problemas que se generan al no estar capacitados formalmente para el cuidado del adulto mayor, los cuidados informales al ser parte de los miembros de la familia o personas allegadas, tienen ventaja sobre los cuidadores privados, ya que proporcionan al adulto mayor, seguridad, confianza, que inciden positivamente en la relación cuidador – adulto mayor (Silva & Pérez, 2015).

2.4.2. Problemas familiares relacionados con el cuidado del adulto mayor.

El cuidado del adulto mayor frecuentemente está a cargo de las personas que lo han rodeado a lo largo de la vida, en la mayoría de los casos familiares, los cuales además de no poseer remuneración económica tampoco se encuentran preparados o formados adecuadamente para asumir esta responsabilidad de cuidado (Flores, Rivas, & Seguel, 2012).

Históricamente los cuidadores pueden ser aquella persona o grupo de personas que cooperan en el cuidado de otro individuo el cuál se encuentra padeciendo algún tipo de inconveniente que no le permite el oportuno desarrollo de las actividades cotidianas (Flores, Rivas, & Seguel, 2012).

Los cuidadores que asumen la responsabilidad informal de brindar atención al adulto mayor en la mayoría de los casos es algún miembro de la familia, denominado cuidador familiar el cual, según Rosenbaum (tomado de (Giraldo, Franco, Correa,

Salazar, & Tamayo, 2005) lo define como la persona que asume el reto de ofrecer ayuda a un integrante de la familia que no logra cubrir las necesidades diarias, con el objetivo de ayudarlo a alcanzar una mejor calidad de vida.

Los cuidadores familiares se encargan primordialmente de ofrecer apoyo económico, social, afectivo, invirtiendo gran parte de su tiempo en esta labor, lo que puede generar un sin número de emociones en un momento determinado (Flores, Rivas, & Seguel, 2012).

Hay ambientes familiares donde se presenta la situación descrita en el párrafo anterior, y la dinámica familiar se ve afectada por diversos factores que pueden converger en una situación de problema para la familia, en vista de que en muchos casos el recurso familiar para el cuidado del adulto mayor no está psicológicamente o físicamente preparado para asumir tal responsabilidad, generándose una situaciones de estrés familiar para los miembros entre sí, ya que puede darse el caso en que el cuidador del adulto mayor es otro adulto mayor, muchas veces la pareja, la cual también se encuentra en edad avanzada y con limitaciones propias de la edad, así pues puede surgir otros problemas debido al número reducido de integrantes de una familia que trae como consecuencia la limitada disponibilidad de interesados en compartir el rol de cuidador (Flores, Rivas, & Seguel, 2012).

Aunado a la idea anterior, se da otra situación de presión y estrés en el seno familiar, puesto que el cuidado del adulto mayor puede retardar en las parejas jóvenes proyectos a futuro lo que con el pasar del tiempo pudiese generar inconvenientes de espacio, y de relación familiar en vista de que es al adulto mayor dependiente en torno de quien giran todas las críticas de la situación (Roca & Blanco, 2007).

No solo las parejas padecen situaciones consideradas problemáticas, al asumir el cargo de cuidador del adulto mayor, existen también problemas de índole personal a los que se debe enfrentar el cuidador familiar, así lo demostró un trabajo realizado en Envigado, Colombia donde se buscó caracterizar el perfil de cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional y describir como asumen su rol, estudiando 39 cuidadoras familiares lograron determinar que las cuidadoras familiares día a día deben enfrentarse a una doble jornada laboral, invirtiendo tiempo sin retribución económica lo que condiciona un desgaste físico y mental a quien asume la obligación, afectando el enriquecimiento personal por el escaso tiempo que tienen para invertir en sí mismas (Giraldo, Franco, Correa, Salazar, & Tamayo, 2005).

Los cuidadores de adultos mayores se enfrentan a situaciones antes mencionadas, como: doble jornada laboral, ninguna retribución económica, desgaste físico y mental, trayendo como consecuencia el desplazamiento de la responsabilidad de cuidador a otros miembros de la familia o amigos, o a instituciones públicas o privadas, viéndolo como la salida a la problemática familiar generada, sin tomar en cuenta la opinión del adulto mayor, quien se siente en muchos casos responsable de tan incómoda situación.

2.5. Calidad de vida y adulto mayor.

2.5.1. Definición

La calidad de vida abarca un conjunto variado de definiciones, estos guardan relación con los niveles o estilos de vida, pasando por el bienestar, el goce, la satisfacción y hasta la felicidad del individuo.

Según la Guía de Calidad de Vida en la vejez (2015), como concepto de calidad de vida, se implican aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros (Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], 2011).

En la literatura actual podemos encontrar una variedad de conceptos relacionados con la calidad de vida, donde es interesante resaltar que la misma está relacionada con temas de interés como son los niveles o estilos de vida, pasando por el bienestar la satisfacción y hasta la felicidad del individuo (Zapata, 2013).

El concepto de calidad de vida está relacionado con condiciones de vida, nivel de satisfacción con la vida, además de estar en entera relación con ramas de la ciencia como son medicina, economía y ciencias sociales promoviendo el concepto desde puntos de vistas diferentes Cummins (tomado de (Urzúa & Caqueo, 2012)).

La OMS (1994) define la calidad de vida como la percepción de la posición de vida de un individuo, en contextos culturales con respecto a metas, normas y preocupaciones, (Botero, 2007) considerando de esta manera la calidad de vida como uno de los determinantes de la salud (Pelayo, s.f.).

Este concepto de calidad de vida ha evolucionado desde que fue descrito por primera vez en 1960 más con criterios economicistas que sociales, (Ordoñez, 2011), es decir, quien más posibilidades económicas poseía mayor calidad de vida tenía. Actualmente puede ser considerado como parte de la percepción subjetiva propia de la persona (Zapata, 2013). Puede llegar abarcar tres dimensiones, lo que el individuo es

capaz de hacer, la noción de bienestar y el acceso a las oportunidades. Sánchez y González (citado de (Zapata, 2013)).

La calidad de vida se puede ir ligada a la enfermedad, de una manera negativa, por lo que se puede definir como la manera en que el propio paciente siente que padece la enfermedad, así como la percepción de las barreras que se interponen por padecer dicha enfermedad (Flores, Cervantes, Cruz, & Cerquera, 2011).

2.5.2. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia

El adulto mayor y su calidad de vida se relaciona con el mayor grado de confort no solo a nivel físico sino mental, parte de esta calidad va a estar unida la autonomía como valor fundamental, además de ser beneficiado a través de programas sociales que tomen en cuenta sus necesidades e intereses; en los adultos mayores los factores significativos relacionados con la calidad de vida pueden estar enmarcados en salud, economía, familia, diversión y apoyo social.

Este grupo etario se mantiene en similitud con otros grupos poblacionales, en cuanto a calidad de vida se refiere, destacando en el adulto mayor la autonomía como valor de incidencia, lográndose alcanzar el estado mayor de bienestar a través de programas sociales que tomen en cuenta y estén dirigidos a los adultos mayores. En los adultos mayores los factores significativos relacionados con la calidad de vida pueden estar enmarcados en variables como salud, economía, familia y apoyo social (Ordoñez, 2011).

Eamon O'Shea (tomado de (Vera, 2007)) sostiene que la calidad de vida de un adulto mayor, se debe indagar preguntándole a él mismo, como da sentido a su propia vida, en el contexto cultural y en relación a sus propios objetivos de vida pudiendo constituir una buena vida basado en bienestar subjetivo.

En un estudio realizado en el asentamiento humano Laura Caller, en Los Olivos, cuyo objetivo fue comprender el significado que la expresión lingüística "Calidad de vida del adulto mayor" para sí mismo y para su familia, participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivas familias, entre 2004 – 2006, se pudo concluir que para los adultos mayores, la calidad de vida está representada por la sensación de paz y tranquilidad, así como por la percepción de ser cuidado por la familia rodeado de amor, respeto, teniendo la libertad de expresarse libremente así como ser parte de la toma de decisiones en su núcleo familiar, mientras que para la familia la calidad de vida para el adulto mayor que hace parte del grupo familiar está representada por la satisfacción de necesidades básicas (Vera, 2007).

En Ecuador según datos estadístico del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010) la proporción de adultos mayores es dishomogénea, y las condiciones socioeconómicas en este grupo etario no son las más alentadoras (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2014), ya que en su mayoría se consideran deficitarias, evidenciándose que el 54,7% se encuentra en condiciones de pobreza extrema, estando más marcado este fenómeno en el área rural; con respecto a la educación este grupo presenta un austero nivel educativo, alcanzando altos niveles de analfabetismo, viéndose afectado una de cada cuatro adultos mayores INEC (citado de (Zapata, 2013)).

Los resultados obtenidos en esta encuesta son indicativos de una baja calidad de vida en cuanto a percepción social se refiere en este país. Cerca del 30% de los adultos mayores ecuatorianos es cuidado por algún miembro de su familia destacando hijos, esposos y hasta nietos (Zapata, 2013) situación que contribuye a mejorar un poco la percepción de calidad de vida entre los mayores de 60 años.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) definiéndola como la percepción propia del individuo sobre su situación de vida, puede ser medida con la escala de COOP/WONCA siendo esta escala considerada apta para la medición de CVRS (Urbano, Hernández, de Armas, & Ulloa, 2014).

2.5.3. Medición de la calidad de vida. Escala de COOP/WONCA:

Es un cuestionario dirigido a medir la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) internacionalmente reconocido, se caracteriza por su brevedad, facilidad de comprensión y por presentar criterios métricos de calidad, presenta un título donde se plantea el estatus funcional del paciente durante las últimas dos semanas, constituyendo una escala general tipo perfil de salud, traducido y validado en español.

Esta escala mide dimensiones del CVRS como son:

- Forma física.
- Sentimientos.
- Actividades cotidianas.
- Actividad social.
- Cambios de salud.
- Estado de salud.

- Dolor.
- Apoyo social.
- Calidad de vida.

Para cada pregunta realiza existen cinco respuestas posibles, las cuales representan el estatus funcional del paciente, en escala ordinal, de manera que las respuestas con puntuaciones más altas se corresponden con los estados de salud más desfavorables (exceptuando la lámina referida al cambio de salud que presenta un tipo de respuesta bipolar), cabe resaltar que todas las respuestas vienen ilustradas gráficamente con dibujos, lo que ayuda a la comprensión y facilita su aplicación (Martín, 2004).

La validez de la escala de COOP/WONCA presenta una aceptable consistencia interna con un alfa de Cron Bach de 0,82 para 9 ítems y una estructura unifactorial de 6,7 de 9 ítems, la adecuada validez y fiabilidad de las medidas de la escala han sido fundamentales para considerarla aplicable a diferentes poblaciones, una de las limitantes de esta escala es la falta de un punto de corte objetivo de normalidad ni graduación de la medida (Urbano, Hernández, de Armas, & Ulloa, 2014).

Muchas son los factores que pueden afectar la calidad de vida de un individuo, pero existe entre ellos un factor que vale la pena destacar, es un determinante agudo que puede condicionar el completo cambio en la calidad de vida de una persona en muy poco tiempo, este factor es considerado impredecible e inmodificables, son los llamados desastres naturales, los cuales repercuten en el funcionamiento cotidiano de una población, estos eventos naturales llevan implícitos un cambio en la adaptación al medio que influye de manera directa en la calidad de las personas.

Ante un desastre natural, una de las poblaciones más vulnerables son los adultos mayores que por su condición biopsicosocial y fragilidad propia de los años se ven afectados de tal manera que puede llegar a sufrir una declinación en el funcionamiento de forma aguda, lo que condiciona a una deficiente percepción en la calidad de vida (Baster & Roca, 2006).

2.6. Desastres Naturales

Según la OPS (2000) El término desastre puede ser entendido como el fenómeno natural combinado con efectos nocivos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2000). También puede definirse como un evento con suficiente magnitud que altera la funcionalidad normal de una sociedad (Desastres Naturales , 2009).

Los desastres naturales pueden darse de manera natural como son los sismos, erupciones volcánicas, tsunamis, los cuales no pueden ser neutralizados con facilidad por su mecanismo de origen, mientras que otros pueden ser provocados por el hombre (Olivo & Anabel, 2013).

Los desastre naturales no siendo producidos por la intervención directa del hombre tienen enormes consecuencias en la infraestructura, y están relacionados frecuentemente con pérdidas humanas, la OMS (2008), estimó que alrededor de 75% de la población a nivel mundial ocupan una zona que entre 1980-2000 ha padecido de un desastre natural (Olivo & Anabel, 2013).

2.6.1. Clasificación de los desastres naturales.

Los desastre naturales según (Olivo & Anabel, 2013) pueden clasificarse en:

Meteorológicos: Ciclones, inundaciones, sequías, tormentas locales, borrascas...

Geomorfológicos – Geológicos: Terremotos y Tsuanamis, erupciones volcánicas, avalanchas, glaciales, hundimientos, contaminación del agua, quema de carbón y erosión costera.

Ecológicos: Malas cosechas, plagas de insectos, declive de arrecifes de coral.

Medio Ambiente: lluvia ácida, atmosféricos, contaminación, efecto invernadero, aumento del nivel del mar, efecto del fenómeno "El Niño", descenso de la capa de ozono.

Extraterrestres: Impacto asteroide y aurora boreal (Olivo & Anabel, 2013).

2.6.2. Desastres naturales en Ecuador.

Ecuador está ubicado geográficamente al noroeste de Suramérica, atravesado por un macizo rocoso llamado Cordillera de Los Andes, en el cual se ubican 51 volcanes de los cuales 9 se encuentran activos y es considerado por la Oficina Internacional de Asistencia para Desastres de los EE.UU [OFDA] en 2008 entre los cinco países más proclives a sufrir desastres naturales. Asimismo para el año 2011 el Instituto Geofísico de la Politécnica Nacional [IGPN] resaltó que el 80% de la población ecuatoriana esta a expuesta a situación de desastre natural (Olivo & Anabel, 2013).

En las últimas décadas por las condiciones geomorfológicas y el efecto de la actividad humana Ecuador ha sido escenario de Desastres naturales que ha afectado a la población más vulnerable, esta tendencia ha ido en aumento tanto en número como en gravedad estimándose la mayoría de tipo climático (Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], s.f.).

Desde la óptica geológica la vulnerabilidad de la región ecuatoriana es evidente ya que está asentada en un interminable terreno inestable haciendo a este país vulnerable de sufrir fenómenos naturales desastrosos; desde la óptica hidrometeorológica, la situación no es muy diferente existiendo mapas de inundaciones probables, siendo este fenómeno causado por las precipitaciones de gran duración e intensidad de la zona (Basabe, Almeida, Patricio, Zeas, & Alvarez, 1996).

La relación de los desastres naturales con el desarrollo económico de una nación es frecuentemente negativa y produce en el país que lo padece retraso económicos que condicionan el deterioro de la calidad de vida de sus habitantes (Olivo & Anabel, 2013). Ecuador no es ajeno a esta realidad y tomando en cuenta que este ha sido un país azotado por diferentes desastres naturales a lo largo de su historia se puede establecer la relación directa entre los desastres naturales padecidos y la debilitación y limitado avance económico y social de este país Suramericano.

En un estudio realizado en Ecuador, en el que se analizó los datos de los sismos ocurridos entre 1901 – 1981 se contabilizó alrededor de ciento veinticinco sismos de magnitud mayor de 4,5, el 65% de estos movimientos telúricos se produjeron a menos de 70 Km de profundidad, lo que los clasifica como superficiales, y cinco de estos sismos generaron tsunamis, la amenaza es potencial producto del constante movimiento de las placas tectónicas (Espinoza, 1992).

La comisión Europea realizó un estudio donde se analizaron los datos de pérdidas por desastres contenidos en el Inventario nacional de Desastres de Ecuador entre 1970 – 2007, en este estudio se pudo demostrar que para el país Suramericano las pérdidas son evidentes en cuanto a decesos (57%) y daño de las viviendas (43%), demostrando que la

región con mayor impacto por fenómenos naturales es la Región Costera, seguida de la Sierra.

Dentro de las pérdidas según el tipo de evento se determinó que los eventos Geológicos fueron considerados como un impacto extremo y grande, por encontrarse en una zona de alta complejidad tectónica, mientras que los eventos hidrometeorológicos padecidos, por encontrarse en una zona de convergencia intertropical se consideraron como pequeños impactos (Comisión Europea de la Comunidad Andina , s.f.).

Quito, Guayaquil y Cuenca siendo considerados los centros urbanos de mayor extensión en el país son los cantones con mayor reporte de desastres naturales, no obstante otros cantones como Vinces, Quevedo, Machala, Manta, Chone o Zamora aunque en menor cuantía también se aprecian eventos significativos y recurrentes (Comisión Europea de la Comunidad Andina , s.f.).

La distribución poblacional en Ecuador aumenta la vulnerabilidad de sufrir fenómenos naturales, la Costa es donde se asienta el mayor número de pobladores, y estos constantemente son azotados por fenómenos hidrometeorológicos, mientras que en las zonas de la Sierra, específicamente en los Andes septentrionales donde se encuentran las estructuras volcánicas (Olivo & Anabel, 2013) los pobladores que aquí residen también tienen un riesgo latente de padecer algún desastre natural día a día, sin disimilitud con los pobladores de la Región Costera.

2.6.3. Características de la zona afectada y su población.

La familia en las costas ecuatorianas, específicamente en el cantón Jama de la provincia de Manabí, puede ser considerada como una armonización de toda la riqueza

humana, de buenas costumbres, atentos y hospitalarios, con una identidad comunitaria positiva y valores muy significativos de lo que es la unidad, el apoyo familiar sobre todo hacia los más necesitados como los enfermos y los adultos mayores (Herrera, 2015), los grupos familiares que hacen vida en esta región poseen características propias del área rural, siendo destacable la condición de pobreza y el marcado asentamiento de las familias lejos de los lugares de mayor desarrollo (Erazo, 2016).

Desde tiempos ancestrales las familias se regían bajo estrictos estándares de buenas costumbres, entre las que resaltan los valores, la unión, la generosidad. Es destacable el papel del padre como autoridad única y suprema del núcleo familiar, mientras que la madre representaba un rol de veneración; en esta relación familiar la unión en pareja ha sido respetada y considerada sagrada en las élites más pobres, mientras que en las élites más adineradas reinaban los antivalores como el machismo y la infidelidad (Herrera, 2015). Actualmente los manabitas en cuanto a su estado conyugal discrepan un poco de sus ancestros, en la actualidad según estadísticas del INEC se puede observar la preferencia hacia la soltería y la unión libre antes que la unión estable, marcada características de las familias antiguas (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2010).

En la mayoría de los hogares, independientemente de la relación familiar las actividades económicas a lo largo de la historia han estado centradas en torno a la agricultura, hoy en día esto se ha modificado haciendo que las familias busquen otras fuentes de trabajo, este fenómeno se ha incrementado debido al aumento de las necesidades básicas, y a la disminución de fuentes de trabajo, por tal motivo muchas familias se han visto en la necesidad de emigrar de su sitio de origen, dejando las

actividades agrícolas en busca de mejor calidad de vida, lo que ha traído como consecuencia la separación de los grupos familiares generando inestabilidad familiar (Herrera, 2015), puesto que en la mayoría de los casos son los padres cabezas de familias los que toman la decisión de emigrar en busca de mejores condiciones socio económicas, dejando a cargo del grupo familiar a los adultos mayores los cuales deben asumir la responsabilidad y carga familiar.

La mayoría de los grupos familiares cualquiera fuese su composición desarrolla su vida diaria en un lugar al que llaman vivienda y del cual son dueños, la tenencia propia de la vivienda en esta región ecuatoriana en casi del 50% en la población, mientras que un número importante habita en vivienda prestada o cedida (18%), estas viviendas comúnmente se caracterizan por ser del tipo casa o villa, y en menor cuantía ranchos, en la mayoría de los casos cuentan con acceso a servicios básicos, sin embargo es de hacer notar el limitado acceso a servicios como teléfono convencional y red pública de alcantarillado (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2010).

No solo existe limitaciones en los servicios básicos, también la educación es considerada limitada, hecho sentido tanto para el sector urbano como para el sector rural, donde los niveles de analfabetismo se encuentran por el orden del 10,9% (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2010), resaltando que este flagelo social afecta sobre todo a los individuos con edades mayores de 50 años, donde la falta de conocimiento para leer y escribir están a la orden del día (Herrera, 2015).

A pesar de los índices de analfabetismo, el cantón de Jama posee una rica cultura que se manifiesta desde una simple figura de cerámica, considerada como un invaluable documento visual, hasta representaciones en oro que hace que se considere a esta región

como núcleo importante de arte del antiguo Ecuador. Así mismo, diferentes costumbres hacen vida en la cultura Jama-Coaque como son ceremonias ligadas a la danza y a la música indígena que genera un tinte religioso y mágico a este sector (Ávilés, s.f.).

Así como la cultura y las costumbres son importantes entre los pobladores, la familia en Jama tiene apego a la religión católica, es un pueblo considerado religioso, con devoción hacia la Virgen del Carmen, San Pedro y San Pablo, con marcado respeto y amor hacia sus difuntos, fieles a la fecha del 02 de Noviembre en donde se reúnen en familia para venerar y recordar a sus difuntos, elevando oraciones para la salvación del alma de sus seres queridos, siendo este tipo de actuar religioso, predominante entre los individuos más longevos. La superstición también hace vida en esta población costeña, en donde la creencia hacia divinidades marcado por el folklore, y las costumbres tradicionales traen como consecuencia el debilitamiento latente del liderazgo eclesial. (Herrera, 2015).

Desde la antigüedad es costumbre tradicional y forma parte de su cultura para los habitantes y las familias de Jama estar comprometidos con la naturaleza, el clima, la flora y la fauna en esta región, las familias día a día se desenvuelven en un ambiente prodigioso marcado por playas, bosques primarios tropicales semi – húmedos, hermosos paisajes y equilibrada naturaleza, considerándose un territorio lleno de infinitas riquezas en recursos naturales y culturales (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Jama, s.f).

2.6.3.1. Desastre natural en Ecuador: Terremoto Abril 2016. Descripción del desastre natural

El desastre natural más reciente ocurrido en Ecuador tuvo lugar el 16 de abril del 2016, fue considerado un sismo de importante magnitud Mw 7,8, el epicentro se encontró en el Cantón de Pedernales, en la provincia de Manabí, exactamente en la costa Norte de Ecuador, este evento tuvo lugar a las 6:58p.m. Hora local, dicho evento sísmico se localizó en las coordenadas 0.40°N y 80.17°W con una profundidad de aproximadamente 20 Kilómetros. Este evento sísmico es atribuible a los procesos tectónicos, originándose por una falla de cabalgamiento en el borde de las placas Nazca y Sudamericana (Servicio Geológico Colombiano, red de sismología Nacional de Colombia, 2016). El sismo estuvo seguido de réplicas consideradas superficiales, que variaron entre 3.5 a 6.8 en la escala de Richter (Instituto Geofísico, 2016).

Por su gran magnitud y profundidad este sismo sentido principalmente en las costas ecuatorianas devastó poblados y ciudades, donde los más afectados fueron Manabí, Esmeraldas, Guayas y Los Ríos, Santo Domingo y El Oro, en varias provincias de la Sierra Norte del País como Carchi, Imbabura, Pichincha y el Distrito Metropolitano de Quito también sintieron en menor cuantía el movimiento telúrico, y en menor medida fue percibido en la Sierra Central y Sur del País (Wikipedia , 2016).

Debido a la gran extensión de afectación se estimó que la población directamente afectada estuvo alrededor de 240.704 personas, dejando un saldo innumerable de daño material y humano (Aguiar, Ferrín, & Pilligua, 2016). Según cifras oficiales, se registraron en este desastre natural 661 personas fallecidas, de estos fallecidos el mayor número corresponde a la ciudad de Manta (170), Pedernales (164), y Jama (19) (Aldeas

Infantiles SOS Ecuador, 2016), 12 personas desaparecidas, 6.274 personas heridas, 28.678 personas albergadas (Secretaría de Gestión de Riesgos, 2016).

De las personas afectadas, los de mayor vulnerabilidad son los niños y los adultos mayores, estos últimos constituyen un grupo al que hay que prestar especial interés en situaciones de emergencia y desastres naturales, principalmente por la fragilidad dada por el padecimiento de enfermedades crónicas, problemas de movilidad, bajo nivel de escolaridad, carencia de recursos económicos, esta vulnerabilidad se hizo evidente en el terremoto del 16-A en las costas ecuatorianas donde a parte de las debilidades físicas, económicas y sociales los adultos mayores se vieron excluidos de los planes de emergencia y contingencia, dejándolos expuestos a mayores daños tanto psicológico como físico generando un impacto negativo en la población más longeva (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

A pesar de los inconvenientes presentados con la población mayor, un importante número de personas fueron resguardadas en los albergues y refugios que se activaron oportunamente, logrando acobijar a 1.705 familias en un total de 36 albergues y 5.651 familias en 214 refugios; El sistema de salud de Ecuador jugó un papel importante en la estimación y atención de los más afectados, desplegando planes de emergencias y contingencia a pesar de los problemas de infraestructura sanitaria en estas localidades, alrededor de 1.500 profesionales de salud fueron movilizados hacia las zonas más vulnerables, con la intención de prestar apoyo en atención médica (Secretaría de Gestión de Riesgos, 2016).

2.7. Comportamiento social ante un desastre natural. La familia y el adulto mayor.

Sobrepasar los 60 años de edad, clasifica al ser humano en adulto mayor, ya que sus capacidades físicas y mentales se ven disminuidas, esto hace que este grupo social sea considerado más vulnerable, y de ellos los más afectados son aquellos que además de enfrentar la vejez deben enfrentar la pobreza, la dependencia y hasta el aislamiento como problemática social, pero existen otras amenazas ajenas a este ámbito y son las amenazas ambientales como son los riesgos naturales como: terremotos, inundaciones, entre otros (Sánchez & Egea, 2011).

La pobreza reinante en los países Latinoamericanos afecta considerablemente a los adultos mayores, esto al mismo tiempo trae consecuencias de peor pronóstico para este grupo social afectado por los desastres naturales, lo cual genera problemas interrelacionados entre la movilidad, el refugio, cobertura de servicios básicos, haciendo que el sentimiento de vulnerabilidad y dependencia en este grupo se haga más evidente, generando sentimientos de dependencia de factores externos (HelpAge International, s.f.).

Los adultos mayores enfrentan por su condición per se mayor riesgo de sufrir daños en desastres naturales, sufriendo estos de manera desproporcionada, lo que trae como consecuencia mayores cifras de mortalidad en este grupo social, esto se debe a la mayor fragilidad, restricción en cuanto a la movilidad, discapacidades sensoriales y enfermedades que padecen (Dutton, 2013).

En la lucha por obtención de recursos, los adultos mayores son los más desfavorecidos, ya que al no contar con aptitudes físicas óptimas pueden ser víctimas de

los más jóvenes quienes pueden aprovecharse de sus limitaciones para su beneficio (HelpAge International, s.f.).

En un estudio realizado en Chile en el que se buscaba analizar el impacto del terremoto y sus efectos sobre el bienestar se encontró que los adultos mayores se vieron afectados negativamente en cuanto a la dimensión salud se refiere, entretanto en la vivienda observaron una caída de privación que afecto con mayor envergadura a los adultos mayores, así mismo se pudo constatar que la pobreza multidimensional aumentó de manera significativa en este grupo poblacional (Sanhueza, Contreras, & Denis, 2012).

En la anarquía que se vive en las primeras etapas de un desastre natural las personas mayores son las menos aptas físicamente hablando para luchar y satisfacer sus necesidades básicas, siendo ellos los que presentan mayor limitación incluso para permanecer periodos de tiempo dentro de un albergue una vez pasado el evento natural, en casi la totalidad de las emergencias naturales los problemas propios de los adultos mayores no son prioridad lo que aumenta la brecha vulnerable en este grupo etario (HelpAge International, s.f.).

En un desastre natural los adultos mayores pueden ser clasificados según la vulnerabilidad en:

Personas mayores aisladas, solas, débiles o incapacitadas.

Pareja de personas mayores aisladas o parejas en donde una o dos de ellas están incapacitadas.

Personas mayores viviendo con dependientes jóvenes.

Personas mayores aisladas viviendo con familias que no las apoyan.

En situaciones de desastre natural los adultos mayores corren mayor riesgo de ser abandonadas por su grupo familiar ya sea con fines de cuidado a las pertenencias o por renuencia del mismo anciano a emprender un nuevo viaje, estos factores hace que en esta situación estén más susceptibles a sufrir los estragos del hampa común, flagelo social muy común en los países Latinoamericanos (HelpAge International, s.f.).

Los adultos mayores en la ocurrencia de un desastre natural son especialmente vulnerables al estrés fisiológico que el desastre por sí mismo genera, y no solo deben lidiar con este estrés sino también debe lidiar con las múltiples enfermedades crónicas, limitaciones en las actividades cotidianas, discapacidades fisiológicas, cognitivas y deficiencias sensitivas. Preparar a los adultos mayores para los desastres mediante la adopción de ciertas Medidas preventivas y el diseño de planes integrales a fin de hacer frente a los desastres puede aliviar en cierta medida el daño físico, social y emocional que se produce en estas situaciones (Manfrini & Eggert, 2013).

Capítulo III

Marco Metodológico

3.1. Tipo de estudio.

Estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal o de prevalencia. Este estudio permite ver la analogía de la relación causa-efecto, posibilitando la estimación de la magnitud de la dependencia en actividades básicas de la vida diaria que tienen los adultos mayores y su influencia en la familia y la calidad de vida luego del terremoto del 16-A, en el centro de Jama I.

3.2. Universo y muestra.

El universo de estudio corresponde a 266 adultos mayores de 65 años que habitan en la localidad de Jama I. La muestra de la investigación en el corte transversal realizado corresponde a 172 adultos mayores a los cuales se les aplico los instrumentos (Encuesta ad Hoc, escala de COOP/WONCA e Índice de Katz).

3.3. Criterios de Inclusión y exclusión.

3.3.1. Criterios de Inclusión.

Los criterios de inclusión para la recolección de la muestra fueron:

- Familias con adultos mayores de 65 años de edad.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Familias con adultos mayores que residan en el centro Jama I.
- Disposición a participar en el estudio.

3.3.2. Criterios de exclusión.

- Familia con adultos mayores de 65 años que hayan cambiado su domicilio a otro Cantón o Provincia.
- Familia con adultos mayores y adultos mayores de 65 años que se encuentren hospitalizados.
- Adultos mayores que hayan fallecido al momento de la recolección de datos.

3.4. Problema de investigación

¿Cómo influye el grado de dependencia de los adultos mayores en la familia y en su calidad de vida, luego del terremoto del 16-A, en el Centro Jama 1, período Octubre Diciembre 2016?

3.5. Objetivos

3.5.1. General.

- Analizar el grado de dependencia de los adultos mayores y su influencia en la familia y en su calidad de vida, luego del terremoto del 16-A, en el Centro Jama 1, período Octubre -Diciembre 2016.

3.5.2. Específicos.

- Identificar el grado de dependencia que presentan los adultos mayores en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), a través del índice de KATZ.
- Analizar el impacto familiar en el cuidado del adulto mayor, luego del terremoto del 16-A, en el Centro Jama I, período Octubre- Diciembre 2016.

- Analizar la calidad de vida de los adultos mayores luego del terremoto del 16-A, a través de la escala COOP/WONCA.
- Identificar las características demográficas de las familias con adultos mayores, luego del terremoto del 16-A.

3.6. Hipótesis

La calidad de vida del adulto mayor depende de su autonomía y del cuidado de sus familias, luego del terremoto del 16-A, en la comunidad de Centro Jama 1, en el período Octubre- Diciembre 2016.

3.7. Operacionalización de las variables.

Tabla 1

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO O FUENTE DE VERIFICACIÓN
Variable independiente Demográficas	Se caracterizan por estar incluidas en la vida normal y social de una población, considerándose las como la edad, sexo, población activa, educación.	Sexo	Respuestas a encuesta.	Masculino Femenino Otros	Alto	Ordinal	Encuesta
		Edad	Respuestas a encuesta.	Soltero Casado Divorciado (a) Unión libre Viudo (a)	Alto	Ordinal	Encuesta
		Estado civil	Respuestas a encuesta.	Analfabeto (a) Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria Técnico	Alto	Ordinal	Encuesta
		Nivel de escolaridad	Respuestas a encuesta.	Universitario			Encuesta
		Ocupación	Respuestas a encuesta.	Obrero (a) Técnico Profesional Jubilado	Alto	Ordinal	Encuesta
Variable dependiente		Forma física	Respuesta a la escala de COOP/WONCA	1. Muy intensa. 2. Intensa.	Bajo	Ordinal	Escala de COOP/WONCA

Calidad de Vida	La OMS, define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.		3. Moderada.	Moderad o Alto				
			4. Ligera					
			5. Muy ligera.					
			Sentimientos	Respuesta a la escala de COOP/WONC A	1. Nada en absoluto.	Bajo Moderad o Alto	Ordinal	Escala de COOP/WONC A
					2. Un poco.			
					3. Moderadamente.			
					4. Bastante.			
					5. Intensamente.			
			Actividades sociales	Respuesta a la escala de COOP/WONC A	1. Nada en absoluto.	Bajo Moderad o Alto	Ordinal	Escala de COOP/WONC A
					2. Ligeramente.			
					3. Moderadamente.			
					4. Bastante.			
					5. Muchísimo.			
			Actividades cotidianas	Respuesta a la escala de COOP/WONC A	1. Ninguna dificultad.	Bajo Moderad o Alto	Ordinal	Escala de COOP/WONC A
					2. Un poco de dificultad.			
					3. Dificultad moderada.			
					4. Mucha dificultad.			
					5. No he podido hacer nada.			
			Cambio en el estado de salud	Respuesta a la escala de COOP/WONC A	1. Mucho mejor.	Bajo Moderad o	Ordinal	Escala de COOP/WONC A
					2. Un poco mejor.			
	3. Igual, por el estilo.							

				4. Un poco peor.	Alto			
				5. Mucho peor.				
		Estado de salud	Respuesta a la escala de COOP/WONCA	1. Excelente.	Bajo Moderado o Alto	Ordinal	Escala de COOP/WONCA	
				2. Muy buena.				
				3. Buena.				
				4. Regular.				
				5. Mala.				
		Dolor	Respuesta a la escala de COOP/WONCA	1. Nada de dolor.	Bajo Moderado o Alto	Ordinal	Escala de COOP/WONCA	
				2. Dolor muy fuerte.				
				3. Dolor Ligero.				
				4. Dolor moderado.				
				5. Dolor intenso.				
Variable dependiente	Estado en el que se encuentran las personas que tienen necesidad de asistencia o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual.	Lavado	Respuesta a las preguntas del INDICE DE KATZ	A. Independencia en todas las funciones.	Bajo Moderado o Alto	Nominal	Índice de KATZ	
								B. Independiente en todas salvo en una de ellas
Dependencia			Vestido	Respuesta a las preguntas del INDICE DE KATZ	C. Independiente en todas salvo lavado y otra más	Bajo Moderado o Alto	Nominal	Índice de KATZ
					D. Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más.			

		Movilización	Respuesta a las preguntas del INDICE DE KATZ	E. Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más.	Bajo Moderado o Alto	Nominal	Índice de KATZ
		Continencia	Respuesta a las preguntas del INDICE DE KATZ	F. Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más	Bajo Moderado o Alto	Nominal	Índice de KATZ
		Alimentación	Respuesta a las preguntas del INDICE DE KATZ	G. Dependiente en las seis funciones.	Bajo Moderado o Alto	Nominal	Índice de KATZ

Fuente: Problemas que tienen las familias en el cuidado del adulto mayor por su dependencia en actividades básicas de la vida diaria y su influencia en la calidad de vida que presentan, luego del terremoto 16-A., en el centro de Jama 1, periodo Octubre-Diciembre 2016.

Elaboración / Autores: Macías, M. & Molina, E.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

La recolección de datos se realizó durante los meses de Agosto a Octubre del año 2016, respetando los criterios de inclusión, estos datos fueron obtenidos de la fuente primaria, con la aplicación de encuestas del tipo respuesta cerradas, a través de visitas domiciliarias, previa autorización del Director del Distrito 10 Jama-Pedernales, con la aceptación y firma anticipada de los participantes y sus familiares en el consentimiento informado (anexo 1), basado en los principios éticos de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (Zamudio, 2000) y el Comité de Evaluación Ética de la Investigación [CEI].

Cronológicamente, el estudio se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Construcción y selección de los instrumentos estandarizados que iban a ser aplicados a la muestra para la medición durante la investigación.
- Aplicación de los instrumentos en la muestra seleccionada.
- Tabulación de los datos y control de calidad de los mismos para el posterior procesamiento y obtención de los resultados.

3.5.1 Descripción de los instrumentos de medida

La recopilación de datos se llevó a cabo a través de la aplicación de 3 instrumentos que son, la escala de COOP/WONCA, el índice de katz y la encuesta ad hoc o encuesta independiente:

3.5.1.1. Escala de COOP/WONCA (anexo 2):

Es un cuestionario dirigido a medir la calidad de vida en relación con la salud (CVRS). Esta escala mide dimensiones del CVRS como son forma física, sentimientos,

actividades cotidianas, actividad social, cambios de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida (Martín, 2004).

3.5.1.2 Índice de KATZ (anexo 3):

Se trata de un instrumento que busca evaluar el grado de independencia de un enfermo en relación a las actividades básicas de la vida diaria, en muchos casos este puede ser contestado por el propio enfermo o por alguno de sus familiares. Las actividades de la vida diaria que evalúa son: Baño, vestido, uso del wáter closet (WC), movilidad, continencia y alimentación (Servicio Andaluz de salud consejería de salud, s.f.).

3.5.1.3 Encuesta ad hoc o encuesta independiente personalizada (anexo 4):

Este instrumento es una herramienta de cuestionario independiente (RAM panel, s.f.). Diseñada específicamente para obtener una información determinada. En este caso se generó con la intención de recopilar datos socio demográficos, adaptada según las necesidades del estudio.

Los parámetros medidos fueron:

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Nivel de escolaridad.
- Ocupación.
- Problemas familiares relacionados con el cuidado del adulto mayor.
- Encargado (s) del cuidado del adulto mayor.

3.6. Análisis de los datos.

Una vez recolectada la información con los tres instrumentos, se configuró la base de datos donde a cada participante del estudio se le asignó un código para el ingreso de datos en Microsoft Excel 2016, procediendo a la respectiva tabulación y construcción de tablas estadísticas en función de las variables; cabe acotar que aquellos formularios que se encontraban incompletos en 80% o más quedaron excluidos de la base de datos. La información fue recolectada en el mes de Octubre de 2016 y fue analizada con el programa IBM SPSS, versión 22 por un digitalizador, con la finalidad de realizar cruces de variables con sus respectivos gráficos.

Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizaron tablas, gráficos y determinación de correlación utilizando el coeficiente de Pearson.

Las variables cualitativas se presentaron mediante distribución de frecuencias y porcentajes y los datos se presentarán en tablas; La medición de variables cualitativas se realizó mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson (X^2) y corrección de Fisher e intervalos de confianza. Para la obtención de estos datos y posterior análisis se maneja el sistema IBM SPSS trabajando con la información obtenida. Un valor de «p» igual o menor a 0,05 será considerado como estadísticamente significativo, para verificar la hipótesis.

Los datos recolectados en el estudio fueron revisados por un tutor que verificó su adecuado registro; los errores detectados y los datos faltantes serán identificados y debidamente corregidos por los autores. Se digitalizó la información en una base de datos en Microsoft Excel, realizando luego la revisión y limpieza de la base de datos mediante un análisis descriptivo exploratorio de los mismos.

El análisis estadístico descriptivo incluyó para las variables cualitativas nominales proporciones estableciéndose diferencias por medio de la prueba Z, para establecer diferencia en variables binomiales, y χ^2 en variables categóricas.

3.7. Aspectos bioéticos.

Para participar en el estudio de investigación se realizó de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, vigente en la declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial (World Medical Association [WMA], 2013) la cual establece en sus principios generales de la 64° Asamblea general, las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, considerándose este estudio una investigación con riesgo mínimo un consentimiento informado por escrito para ser firmado por los adultos mayores o sus familiares. Los adultos mayores o familiares que aceptaban por escrito colaborar con la investigación, se les explicó los objetivos, el propósito del mismo, los datos que serían recolectados, así como el uso que se le daría al mismo; siguiendo fielmente el principio de confidencialidad de la información recolectada en esta investigación.

El documento fue leído y explicado por el encuestador a cada participante siendo incluidos en el estudio aquellos que firmaron la aceptación. Los integrantes fueron libres de responder a las preguntas y de abandonar el estudio en cualquier momento sin deteriorar el acceso o calidad de la atención proporcionada.

La información obtenida de las encuestas realizadas para este estudio permaneció de forma confidencial y fueron utilizados códigos numéricos para proteger la identidad de las personas encuestadas; además se brindó a las familias colaboradoras el número

telefónico y correo electrónico de los investigadores, a fin de dar cumplimiento con las normas éticas de rigor.

Capítulo IV

Resultados

4.1. Análisis univariados.

4.1.1. Variables demográficas

Edad

Las edades de los adultos mayores encuestados oscilaron entre los 65 años y los 83 años, con una media de 73,16, encontrando que la edad predominante fue de 79 años, lo que destaca la longevidad de esta población, hecho importante en vista de que el aumento de la longevidad en una población trae consigo aumento de enfermedades crónicas y degenerativas que deben ser atendidas y cubiertas.

Tabla 2

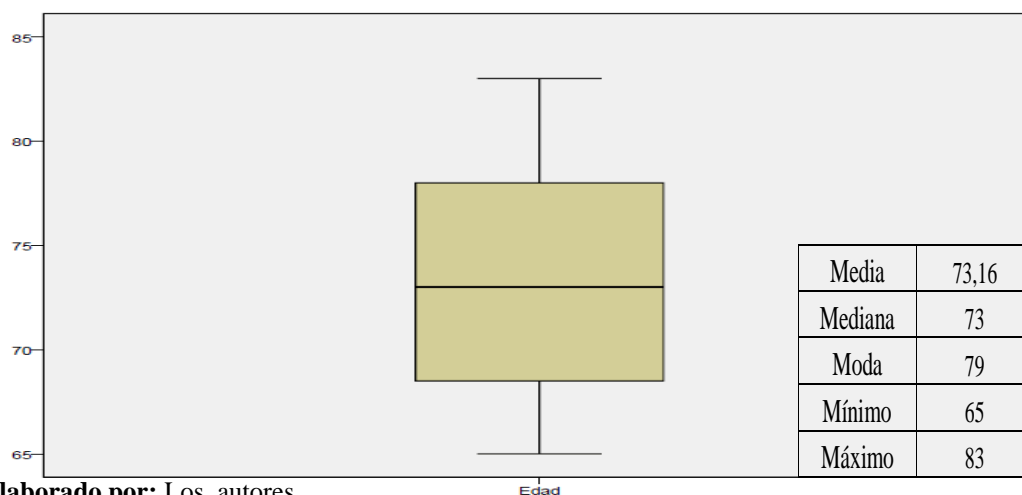
Distribución cuantitativa de adultos mayores según edad. Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado. Cantón Jama I de la provincia de Manabí. 2016.

Edad	Frecuencia	%	% acumulado
65	11	6,4	6,4
66	13	7,5	14
67	9	5,2	19,2
68	10	5,8	25
69	9	5,2	30,2
70	6	3,5	33,7
71	11	6,4	40
72	11	6,4	46
73	8	4,7	51,2
74	8	4,7	55,8
75	12	7	62
76	11	6,4	69
77	7	4,1	73,3
78	11	6,4	79
79	17	9,9	89
80	9	5,2	94,8
82	5	2,9	97,7
83	4	2,3	100
Total	172	100	

Elaborado por: Los autores

Figura 1

Distribución de adultos mayores según edad. Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado. Cantón Jama I de la provincia de Manabí. 2016.



Elaborado por: Los autores

En la tabla que sigue a continuación podemos observar que la población de Jama I en su mayoría sobrepasa los 73 años de edad (53,49%), tomando en cuenta la longevidad como determinante social es posible deducir que al igual que la población mundial, esta población está sufriendo un incremento de los niveles de longevidad por diferentes causantes como la menor tasa de fecundidad y los avances tecnológicos en el campo de la medicina que van en pro de alargar la vida de la humanidad.

Tabla 3

Distribución cuantitativa de adultos mayores según edad. Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado. Cantón Jama I de la provincia de Manabí. 2016.

Edad	Frecuencia	%
< 73 años	80	46,51
> 73 años	92	53,49
Total	172	100

Elaborado por: Los autores

Género

En el estudio participaron 172 adultos mayores, evidenciándose igualdad en género en esta población de Jama I, resultado de la equidad en la distribución entre los procesos demográficos de natalidad, fecundidad y defunciones.

Tabla 4

Distribución de adultos mayores según el sexo. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la provincia de Manabí. 2016.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	86	50
Femenino	86	50
Total	172	100

Elaborado por: Los autores

Estado civil

De la totalidad de adultos mayores que participaron en el estudio, es de hacer notar que la gran mayoría correspondiente al 41,86% se encuentra casado (a), siguiendo el patrón conyugal de la sociedad ecuatoriana y latinoamericana. Es un hecho relevante en términos de compañía, que puede deberse a la antigua tradición de compartir la vida con alguien que brinde el apoyo necesario, alguien con quien poder envejecer.

Tabla 5

Distribución de la población adulto mayor según el estado civil. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la provincia de Manabí. 2016.

Estado Civil	Frecuencia	%
Divorciado (a)	2	1,16
Soltero (a)	18	10,47
Unión Libre	37	21,51
Viudo (a)	43	25
Casado (a)	72	41,86
Total	172	100

Elaborado por: Los autores

Nivel de escolaridad

De la totalidad de adultos que participaron 45,35 % de ellos cursaron primaria sin terminarla, seguido por 33,72 % quienes cursaron y terminaron el nivel educativo primario, hecho relacionado con la poca prosecución escolar palpable en los países de América Latina debido al pobre interés de la población en continuar sus estudios hasta alcanzar niveles superiores, llama la atención que 12,21 % de adultos mayores en la localidad son analfabetas, lo que nos habla del bajo acceso a la educación durante la infancia.

Tabla 6

Distribución de la población adulta mayor según nivel de escolaridad. Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado. Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Nivel escolaridad	Frecuencia	%	% acumulado
Universitario	4	2,33	2,33
Secundaria	10	5,81	8,14
Analfabeta	21	12,21	20,35
Primaria terminada	58	33,72	54,07
Primaria sin terminar	78	45,35	99,42
No respondió	1	0,58	100,00
Total	172	100,00	

Elaborado por: los autores

Ocupación

Más de la mitad de los adultos mayores no se encuentra ocupado un total de 66,86%, fenómeno que se puede considerar cotidiano entre las personas de la tercera edad, ya que en esta época la vida laboral ha llegado a su fin, pasando al sano disfrute de su longevidad, sin embargo es destacable el hecho que un 25,58% de la población desempeña labores obreras probablemente para mantenerse ocupado ya que aún sienten que pueden ser activos laboralmente o por necesidad de costear los altos costos de la vida para quienes no cuentan con ayuda externa.

Tabla 7

Distribución de la población adulto mayor según ocupación. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016.

Ocupación	Frecuencia	%
Técnico	2	1,16
Jubilado	11	6,40
Obrero	44	25,58
No estoy ocupado	115	66,86
Total	172	100

Elaborado por: los autores

4.1.2. Variables de estudio

Encargado (s) del cuidado del adulto mayor

Hay una distribución parecida entre los encargados del cuidado del adulto mayor. Es relevante que la mayoría de los adultos mayores son cuidados por sus parejas, quienes estando acompañados, aprovechan el tiempo para dar cuidado a sus compañeros (as) considerándose un apoyo mutuo, los hijos también destacan en el cuidado de los adultos mayores de la familia, destacando el alta estima de cuidado hacia sus progenitores.

Tabla 8

Encargado (s) del cuidado del adulto mayor. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Encargado del cuidado del adulto mayor	Frecuencia	%
Cuidadores Privados	52	30,23
Hijos	58	33,72
Esposo (a)	62	36,05
Total	172	100

Elaborado por: los autores

Problemas familiares relacionados con el cuidado del adulto mayor

El problema que enfrentan las familias de los adultos mayores en mayor número es la falta de tiempo en el 32,56% de los casos, esto debido a que siendo los esposos y los hijos los que en mayor proporción se encargan del cuidado de ellos, se hace difícil en el caso de los hijos, tener una vida laboral activa y al mismo tiempo tener que lidiar con el cuidado del adulto mayor, de tal manera que para las familias es considerado un problema, seguido de la falta de tiempo encontramos el gasto financiero en un 28,49%, problema muy frecuente en las familias con adultos mayores, en vista de que la longevidad trae consigo enfermedades, dependencia y disminución de la cobertura de las necesidades básicas propias de los adultos mayores, son las familias las que deben

acarrear con los gastos económicos, percibiéndolo como un problema, el estrés que sufre un 26,74% de las familias de adultos se debe en mayor medida a la dependencia que el adulto mayor presenta, en tal sentido la familia al no tener tiempo o dinero, desarrolla problemas de estrés tanto personales como familiares.

Tabla 9

Problemas familiares relacionados con el cuidado del adulto mayor. Frecuencia y porcentaje en el Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Problemas en el cuidado del adulto mayor	Frecuencia	%
Problemas de espacio	20	11,63
Estrés	46	26,74
Gasto Financiero	49	28,49
Falta de Tiempo	56	32,56
No respondió	1	0,58
Total	172	100

Elaborado por: Los autores

Grado de dependencia en adultos mayores según el índice de katz

Por lo que respecta al grado de dependencia en los adultos mayores del Cantón Jama I puede percibirse que la mayor parte de la población encuestada presenta un grado de independencia para todas las funciones (A) elevado, llegando a alcanzar 79,65% entre los adultos mayores encuestados, este acontecimiento habla en favor de la teoría del envejecimiento en la que se ha visto la mayor independencia de adultos mayores en la actualidad, por múltiples factores, entre los que destaca el mayor uso de la tecnología y los esfuerzos médicos para la prolongación de la esperanza de vida. Solo un 1,74% son dependientes en las seis funciones evaluadas (lavado, vestido, uso de wáter closet, movilización y otras más (G), siendo considerada una persona dependiente totalmente de quien lo cuida o los rodea, hecho que puede asociarse a la edad, ya que a mayor edad

menor grado de independencia a pesar de los avances médicos y tecnológicos en esta área.

Tabla 10

Grado de dependencia en adultos mayores en frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado. Cantón Jama I de la provincia de Manabí. 2016

Grado de independencia	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de wáter closet (WC), movilización y otras más (F)	1	0,58	0,58
Dependiente en todas las funciones (G)	3	1,74	2,33
Independiente en todas salvo lavado, vestido uso de wáter closet (WC) y otras más (E)	4	2,33	4,65
Independiente salvo lavado y otras más (C)	5	2,91	7,56
Independiente en todas salvo lavado, vestido y otras más (D)	7	4,07	11,63
Independiente en todas las funciones, salvo en una (B)	15	8,72	20,35
Independiente en todas las funciones (A)	137	79,65	100
Total	172	100	

Elaborado por: Los autores

Calidad de vida. Escala de COOP/WONCA

La calidad de vida en los adultos mayores encuestados es media en el 73,84% de los casos, estando en relación con la calidad de vida de la población ecuatoriana en general, la calidad de vida percibida por los adultos mayores en general está en íntima asociación con el hecho de sentirse útiles y bien cuidados, de tal manera que encontrar una calidad de vida media habla en favor de que se están sintiendo atendidos adecuadamente, con las necesidades básicas satisfechas ya sea por ellos mismos o por las personas que le rodean. Sin embargo un 24,42% de los adultos mayores presentó una calidad de vida baja, evento que debe llamar la atención, en vista de que este porcentaje

poco despreciable, pone en manifiesto el sentimiento de desatención, y la poca o nula cobertura de las necesidades básicas del día a día del adulto mayor.

Tabla 11

Calidad de vida en adultos mayores. Número y porcentaje en el Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
Baja	42	24,42	24,42
Media	127	73,84	98,26
Alta	3	1,74	100
Total	172	100	

Elaborado por: Los autores

4.2. Análisis Bivariado:

4.2.1. Variables demográficas

Distribución por edad y género

En cuanto a la distribución por edad y género, se puede evidenciar que de la totalidad de adultos mayores masculinos y femeninos la mayoría sobrepasan los 73 años de edad con mínimas diferencias entre ambos géneros, pudiendo estar relacionado con la mayor esperanza de vida que actualmente se está experimentando en la población ecuatoriana y en la población mundial.

Tabla 12

Distribución de los adultos mayores según edad y género. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Edad	Género				Total frecuencia	Total %
	Masculino frecuencia	Masculino %	Femenino frecuencia	Femenino %		
<73 años	37	43,02	51	59,30	88	51,16
> 73 años	49	56,98	35	40,70	84	48,84
Total	86	100	86	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución de los adultos mayores según edad y estado civil

En los adultos mayores predomina el estado de viudez, sobre todo para los más longevos, esto se debe a que ya en esta época de la vida la muerte por causas naturales se hace más palpable aumentando los niveles de viudez entre este grupo etario. Llamando la atención que el divorcio es el único estado civil que predomina en los adultos de entre 73 años sobre sus homólogos > 73 años.

Tabla 13

Distribución de los adultos mayores según edad y estado civil. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Estado Civil	Edad				Total	
	< 73 años F	<73 años %	> 73 años F	>73 años %	Frecuencia	Total %
Casado	42	85,71	7	14,29	49	28,49
Soltero	11	26,83	30	73,17	41	23,84
Divorciado	2	100	0	0	2	1,16
Viudo	19	44,19	24	55,81	43	25
Unión libre	14	37,84	23	62,16	37	21,51
Total	88	51,16	84	48,84	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución de los adultos mayores según la edad y el nivel de escolaridad

En los adultos mayores > 73 años predomina el grado de escolaridad de primaria sin terminar lo que evidencia que a pesar de haber tenido acceso al sistema educativo no fue posible culminar la etapa de primaria, con relación a los adultos mayores < 73 años, es de hacer notar que los analfabetas predominan en los adultos mayores de < de 73 años en relación a los adultos mayores > 73 años.

Tabla 14

Distribución de los adultos mayores según edad y nivel de escolaridad. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Nivel de escolaridad	Edad				Total Frecuencia	Total %
	< 73 años F	<73 años %	> 73 años F	>73 años %		
Analfabeta	12	13,79	9	10,59	21	12,21
Primaria sin terminar	35	40,23	43	50,59	78	45,35
primaria terminada	27	31,03	32	37,65	59	34,30
Secundaria	9	10,34	1	1,18	10	5,81
Universitario	4	4,60	0	0,00	4	2,33
total	87	100	85	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución de los adultos mayores según la edad y ocupación

En los adultos mayores de 73 años predominó el no estar ocupado para el momento de la investigación sobre los < de 73 años, lo que nos indica que los adultos más longevos son los que menos ocupación tienen en relación a los de menos años, la ocupación que predominó entre los adultos mayores fue la de obrero con una ligera diferencia entre los > de 73 años con respecto a los < de 73 años.

Tabla 15

Distribución de los adultos mayores según edad y ocupación. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Ocupación	Edad				Total Frecuencia	Total %
	< 73 años F	<73 años %	> 73 años F	>73 años %		
Obrero	21	31,82	23	21,70	44	25,58
técnico	0	0,00	2	1,89	2	1,16
jubilado	8	12,12	3	2,83	11	6,40
no estoy ocupado	37	56,06	78	73,58	115	66,86
total	66	100	106	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución de los adultos mayores según la edad y encargado del cuidado

Los adultos < 73 años fueron cuidados en su mayoría por sus parejas en un 51,61% en relación a los > de 73 años (48,39%), los cuidadores privados estuvieron en su mayoría a cargo de los adultos < 73 años en relación a los > 73 años, mientras que los hijos se encargan en igual porcentaje en el cuidado del adulto mayor con 50% de los casos respectivamente.

Tabla 16

Distribución de los adultos mayores según edad y encargado del cuidado. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Encargado del cuidado del adulto mayor	Edad				Total Frecuencia	Total %
	< 73 años F	<73 años %	> 73 años F	>73 años %		
Esposo	32	36,36	30	35,71	62	36,05
Hijo	29	32,95	29	34,52	58	33,72
Cuidador Privado	27	30,68	25	29,76	52	30,23
Total	88	100	84	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución de los adultos mayores según la edad y Problemas familiares

relacionados con el cuidado del adulto mayor.

Para las familias con adultos < 73 años el principal problema fue la falta de tiempo en relación a los > 73 años, mientras que el estrés y la falta de espacio fueron los predominantes en los adultos >73 años, posiblemente por el hecho de que a mayor edad mayor es la demanda de requerimientos del adulto mayor.

Tabla 17

Distribución de los adultos mayores según edad y los problemas familiares. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Problemas familiares	Edad				Total	
	< 73 años F	<73 años %	> 73 años F	>73 años %	Frecuencia	Total %
Falta de tiempo	34	38,64	22	26,19	56	32,56
Financieros	23	26,14	26	30,95	49	28,49
Estrés	19	21,59	28	33,33	47	27,33
Espacio	12	13,64	8	9,52	20	11,63
Total	88	100	84	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución de los adultos mayores según la edad y grado de dependencia

Los adultos < 73 años son más independientes en todas las actividades evaluadas (A) con respecto a los adultos > 73 años, mientras que los adultos > 73 años fueron más dependientes (G) que los < 73 años, esto está relacionado con parte del envejecimiento fisiológico que determina que a mayor edad mayor es el grado de dependencia de una persona.

Tabla 18

Distribución de los adultos mayores según edad y encargado del cuidado. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Grado de independencia	Edad				Total Frecuencia	Total %
	< 73 años F	<73 años %	> 73 años F	>73 años %		
A Independiente en todas las funciones	72	81,82	65	77,38	137	79,65
B Independiente en todas las funciones, salvo en una.	7	7,95	8	9,52	15	8,72
C Independiente salvo lavado y otras más	4	4,55	1	1,19	5	2,91
D Independiente en todas salvo lavado, vestido y otras más.	2	2,27	5	5,95	7	4,07
E Independiente en todas salvo lavado, vestido uso de wáter closet (WC) y otras más	2	2,27	2	2,38	4	2,33
F Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de wáter closet, movilización y otras más.	0	0,00	1	1,19	1	0,58
G Dependiente en todas las funciones.	1	1,14	2	2,38	3	1,74
Total	88	100	84	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución de los adultos mayores según la edad y calidad de vida

Los adultos mayores en edades de < 73 años refirieron tener una calidad de vida media en la mayoría de los casos, con respecto a los adultos > 73 años, mientras que la calidad de vida baja fue percibida mayormente por los adultos > 73 en relación a los < 73 años, probablemente nos habla a favor de que a mayor edad menores son las necesidades básicas y afectivas cubiertas en el día a día de los adultos mayores.

Tabla 19

Distribución de los adultos mayores según edad y la calidad de vida. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Edad	Calidad de vida						Total F	Total %
	Baja F	Baja %	Media F	Media %	Alta F	Alta %		
<73 años	15	34,88	73	57,94	0	57,94	88	51,16
> 73 años	28	65,12	53	42,06	3	42,06	84	48,84
Total	43	100	126	100	3	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Género

Distribución de los adultos mayores según el género y estado civil

Existe una equitativa distribución de adultos mayores casados de ambos sexos, lo que habla de la arraigada cultura social con respecto al matrimonio, así mismo, es de hacer notar que en los adultos mayores femeninos el estado de viudez es mayor que en los adultos mayores masculinos, esto debido a que el género masculino es más propenso a enfermar y morir en relación con el adulto mayor femenino. La soltería y el divorcio es más recurrente en los adultos mayores masculinos que en los femeninos, fenómeno dado por la menor responsabilidad familiar propia de los países latinoamericanos de los hombres con respecto a las mujeres.

Tabla 20

Distribución de los adultos mayores según género y estado civil. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Estado civil	Edad				Total Frecuencia	Total %
	Femenino F	Femenino %	Masculino F	Masculino %		
viudo	27	31,40	16	18,60	43	25
casado	35	40,70	37	43,02	72	41,86
Unión Libre	18	20,93	19	22,09	37	21,51
Soltero	6	6,98	12	13,95	18	10,47
Divorciado	0	0,00	2	2,33	2	1,16
Total	86	100	86	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución según sexo y escolaridad

Los adultos mayores que accedieron a la educación primaria no la culminaron, pudiendo deberse al limitado acceso educativo durante la etapa de la infancia. La población adulta mayor en el Cantón Jama I presenta un analfabetismo por el orden del 12,79% siendo predominante en el género masculino sobre el género femenino, probablemente por el hecho de que los hombres desde muy temprana edad son encaminados hacia el trabajo sin prestar mucha atención a la connotación educativa.

Tabla 21

Distribución de los adultos mayores según género y estado civil. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Nivel de escolaridad	Edad				Total Frecuencia	Total %
	Femenino F	Femenino %	Masculino F	Masculino %		
Universitario	1	1,16	3	3,49	4	2,33
Secundaria	6	6,98	4	4,65	10	5,81
Analfabeta	8	9,30	13	15,12	21	12,21
Primaria terminada	26	30,23	32	37,21	58	33,72
Primaria sin terminar	45	52,33	34	39,53	79	45,93
Total	86	100	86	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución según género y ocupación

En cuanto a la ocupación de los adultos mayores en el Cantón Jama I se puede evidenciar que la gran mayoría (66,86%) no se encuentra ocupado, esto se hace más evidente en los adultos del género femenino sobre el género masculino, debido a que en los centros rurales el género femenino está probablemente más relacionado a los quehaceres del hogar con respecto a los adultos mayores masculinos quienes presentan mayor ocupación de obrero.

Tabla 22

Distribución de los adultos mayores según género y ocupación. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Sexo	Ocupación						No estoy ocupado F	No estoy ocupado %	Total F	Total %
	Técnico F	Técnico %	Jubilado F	Jubilado %	Obrero F	Obrero %				
Femenino	0	0,00	3	27,27	8	18,18	75	65,22	86	50
Masculino	2	100,00	8	72,73	36	81,82	40	34,78	86	50
Total	2	100	11	100	44	100	115	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según género y encargado del cuidado

El cuidado del adulto mayor esta principalmente a cargo de los esposos (as), es destacable el hecho de que es la pareja la encargada de brindar apoyo y cuidado al adulto mayor a su lado a pesar de todas las limitaciones propias de la edad que puedan padecer ambos. Los hijos siguen en orden de frecuencia, son ellos quienes se encargan en igual proporción del cuidado de sus padres sin distinción de género, hablando esto a favor del sentimiento de unidad familiar y de la responsabilidad para con sus progenitores.

Tabla 23

Distribución del adulto mayor según género y encargado de cuidado del adulto mayor. Frecuencia y Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Sexo	Encargado del cuidado del adulto mayor					Cuidador privado %	Total F	Total %
	Esposo frecuencia	Esposo %	Hijo F	Hijo %	Cuidador privado F			
Femenino	34	54,84	29	50,00	23	44,23	86	50
Masculino	28	45,16	29	50,00	29	55,77	86	50
Total	62	100	58	100	52	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según el género y problemas familiares

Los problemas familiares que se presentan durante el cuidado del adulto mayor es la falta de tiempo con una ligera ventaja del género femenino sobre el masculino, por otra parte en el cuidado del género masculino los problemas que sobresalen por encima del género femenino son el estrés y los gastos financieros, mientras que otros problemas son equitativos en el cuidado de ambos géneros. Estos problemas familiares se hacen evidentes mientras mayor sea la dependencia del adulto mayor ya que va a necesitar mayor atención, mayor gasto y por ende demanda mayor espacio para sentirse adecuadamente atendido, hechos que al entrelazarse condicionan problemas en el entorno en el que se desenvuelven.

Tabla 24

Distribución del adulto mayor según género y problemas familiares. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Problemas familiares	Edad				Total Frecuencia	Total %
	Femenino F	Femenino %	Masculino F	Masculino %		
Estrés	21	24,42	25	29,07	46	26,74
Financieros	24	27,91	25	29,07	49	28,49
Falta de tiempo	31	36,05	26	30,23	57	33,14
espacio	10	11,63	10	11,63	20	11,63
Total	86	100	86	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según el género y el grado de dependencia

La mayoría (79,65%) de los adultos mayores encuestados son independientes en todas las funciones evaluadas (A), de ellos son los del género masculino (81,40%) los más independientes en relación al género femenino (77,91%). Esto pudiese estar en estrecha relación con el proceso de envejecimiento fisiológico donde a mayor edad

mayor dependencia se observa sobre todo en el género femenino. Solo un 1,74% fue dependiente en todas las funciones y fueron solo del sexo masculino, lo que se relaciona con la mayor dependencia del género masculino en los extremos de la vida en relación al género femenino.

Tabla 25

Distribución del adulto mayor según género y el grado de independencia. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí.

Grado de independencia	Edad		Masculino F	Masculino %	Total Frecuencia	Total %
	Femenino F	Femenino %				
A Independiente en todas las funciones.	67		70		137	79,65
B Independiente en todas las funciones, salvo en una.	9		6		15	8,72
C Independiente salvo lavado y otras más	2		3		5	2,91
D Independiente en todas salvo lavado, vestido y otras más.	5		2		7	4,07
E Independiente en todas salvo lavado, vestido uso de wáter closet (WC) y otras más.	3		1		4	2,33
F Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de wáter closet, movilización y otras más.	0		1		1	0,58
G Dependiente en todas las funciones.	0		3		3	1,74
Total	86		86		172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según género y calidad de vida

Siendo la calidad de vida considerada como media en los adultos mayores, es notable el hecho de la igualdad de percepción en cuanto a calidad de vida se refiere en ambos sexos, sin embargo la percepción de calidad de vida baja es mayor en el género femenino con respecto al género masculino con una leve diferencia, resaltando que son las mujeres las que se sienten menos satisfechas con su calidad de vida con respecto a los hombres, debido a que en ella caen toda la responsabilidad de la casa y de los hijos.

Tabla 26

Grado de independencia en adultos mayores según el género y calidad de vida. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí.

Sexo	Calidad de vida						Total frecuencia	Total %
	baja frecuencia	baja %	Media frecuencia	Media %	Alta frecuencia	Alta %		
Femenino	22	52,38	64	50,39	0	0	86	50
Masculino	20	47,62	63	49,61	3	100	86	50
Total	42	100	127	100	3	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Estado civil

Distribución del adulto mayor según estado civil y nivel de escolaridad

La mayoría de los adultos mayores viudos cursaron primaria sin terminarla, seguido de aquellos que sí la terminaron, encontrado un número de analfabetas considerable en este grupo. Esto se atribuye a que no cumplieron sus metas académicas por la responsabilidad de mantener a sus familias.

Tabla 27

Distribución de los adultos mayores según estado civil y nivel de escolaridad. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Estado Civil	Nivel de escolaridad											
	alfabeta F	analfabeta %	Primaria sin terminar F	primaria sin terminar %	Primaria terminada F	primaria terminada %	Secundaria F	Secundaria %	Universitario F	Universitario %	Total F	Total %
Casados	5	23,81	23	29,49	32	54,24	9	81,82	3	100	72	41,86
Divorciado	0	0,00	1	1,28	1	1,69	0	0	0	0	2	1,16
Solteros	5	23,81	5	6,41	7	11,86	1	9,09	0	0	18	10,47
Viudos	8	38,10	25	32,05	9	15,25	1	9,09	0	0	43	25,00
Unión libre	3	14,29	24	30,77	10	16,95	0	0	0	0	37	21,51
											17	
Total	21	100	78	100	59	100	11	100	3	100	2	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según el estado civil y ocupación

La mayoría de los adultos mayores no se encuentra ocupado (115), y de los que se encuentran ocupados, prevaleció la ocupación de obrero sobre todo en los adultos mayores casados, lo que evidencia que los adultos mayores casados se encargan de la manutención del hogar.

Tabla 28

Distribución de los adultos mayores según estado civil y ocupación. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Estado Civil	Ocupación									
	Técnico F	Técnico %	Jubilado F	Jubilado %	Obrero F	Obrero %	No estoy ocupado f	No estoy ocupado %	Total F	Total %
Casados	0	0,00	9	81,82	16	81,82	47	40,87	72	41,86
Divorciado	0	0,00	0	0,00	1	0,00	1	0,87	2	1,16
Solteros	1	50,00	1	9,09	8	9,09	8	6,96	18	10,47
Viudos	1	50,00	1	9,09	10	9,09	31	26,96	43	25,00
Unión libre	0	0,00	0	0,00	9	0,00	28	24,35	37	21,51
Total	2	100	11	100	44	100	115	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según el estado civil y encargado del cuidado del adulto mayor

La mayoría de los adultos mayores casados y en unión libre son cuidados por sus conyugues, lo que refleja la solidaridad y la compañía de la familia, a diferencia de los divorciados quienes son cuidados por cuidadores privados o por sus hijos, mientras que los solteros son cuidados en mayor proporción por cuidadores privados, al no tener una estabilidad conyugal, el cuidado en esta etapa extrema de la vida queda a cargo de terceros, al igual que lo sucedido en los viudos.

Tabla 29

Distribución de los adultos mayores según estado civil y encargado del cuidado del adulto mayor. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Estado Civil	Cuidador del adulto mayor						Total frecuencia	Total %
	Esposo F	esposos %	Hijos frecuencia	hijos %	cuidador privado frecuencia	cuidador privado %		
Casados	43	69,35	18	31,03	11	21,15	72	41,86
Divorciado	0	0	1	1,72	1	1,92	2	1,16
Solteros	0	0,00	6	10,34	12	23,08	18	10,47
Viudos	0	0,00	23	39,66	20	38,46	43	25,00
Unión libre	19	30,65	10	17,24	8	15,38	37	21,51
Total	62	100	58	100	52	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según estado civil y problemas familiares

En los adultos mayores casados el problema familiar que más predomina es la falta de tiempo, seguido por los problemas financieros, y de estrés, lo que evidencia que detrás del cuidado del adulto mayor se generan ambientes conflictivos que socaban la armonía entre la familia y las personas que lo rodean.

Tabla 30

Distribución de los adultos mayores según estado civil y problemas familiares. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Estado Civil	Problemas Familiares									
	Falta de tiempo F	Falta de tiempo %	Financieros F	Financieros %	estrés F	estrés %	Espacio F	Espacio %	Total f	Total %
	Casados	27	48,21	22	16	18	47	5	25	72
Divorciado	1	1,79	0	1	1	1	0	0	2	1,16
Solteros	3	5,36	6	8	7	8	2	10	18	10,47
Viudos	12	21,43	10	10	11	31	10	50	43	25,00
Unión libre	13	23,21	11	9	10	28	3	15	37	21,51
Total	56	100	49	44	47	115	20	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según estado civil y grado de dependencia

Los adultos mayores independientes para todas las funciones evaluadas fueron los adultos mayores casados en un 40,87% de los casos y los adultos mayores en unión libre en un 20,43%, lo que habla a favor de que el estar acompañado es importante a la hora de poder realizar las actividades de la vida diaria; Es de hacer notar que los adultos dependientes para todas las actividades evaluados fueron casados, lo que sugiere que la pareja en caso de ser necesario ayuda en el cuidado del adulto mayor dependiente, siendo considerado un apoyo.

Tabla 31

Distribución de los adultos mayores según estado civil y grado de independencia. Frecuencia y Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Grado de independencia	estado civil													
	casa		solte		viu		Unión Libre		Unión libre		divorci		Tot al F	Tot al %
	do F	do %	ro F	ro %	F	o %	Libre F	libre %	ado F	ado %				
A	56	77,78	15	83,33	36	83,72	28	75,68	2	100	137	79,6	5	
B	6	8,33	1	5,56	6	13,95	2	5,41	0	0,00	15	8,72		
C	3	4,17	0	0	0	0	2	5,41	0	0	5	2,91		

D	3	4,17	2	11,11	1	2,33	1	2,70	0	0,00	7	4,07
E	1	1,39	0	0	0	0	3	8,11	0	0	4	2,33
F	1	1,39	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	1	0,58
G	2	2,78	0	0	0	0	1	2,70	0	0	3	1,74
Total	72	100	18	100	43	100	37	100	2	100,00	172	100

Elaborado por: Los autores

Nota: A: Independiente en todas las funciones.

B: Independiente en todas las funciones, salvo en una.

C: Independiente salvo lavado y otras más

D: Independiente en todas salvo lavado, vestido y otras más.

E: Independiente en todas salvo lavado, vestido uso de wáter closet (WC) y otras más.

F: Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de wáter closet, movilización y otras más.

G: Dependiente en todas las funciones.

Distribución del adulto mayor según estado civil y calidad de vida

La calidad de vida para los adultos mayores es considerada como media en todos los estados civiles, sin embargo es de hacer notar que en los adultos mayores casados y en unión libre la calidad de vida pudiese estar en relación con su pareja, sintiendo que cubren todas las necesidades básicas y afectivas considerándose con una calidad de vida adecuada.

Tabla 32

Distribución de los adultos mayores según estado civil y calidad de vida. Frecuencia y Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Estado Civil	Calidad de vida						Total frecuencia	Total %
	Baja Frecuencia	Baja %	Media frecuencia	Media %	Alta frecuencia	Alta %		
Casados	17	40,48	54	42,52	1	42,52	72	41,86
Divorciado	0	0	2	1,57	0	1,57	2	1,16
Solteros	3	7,14	15	11,81	0	11,81	18	10,47
Viudos	11	26,19	31	24,41	1	24,41	43	25,00
Unión libre	11	26,19	25	19,69	1	19,69	37	21,51
Total	42	100	127	100	3	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Nivel de escolaridad

Distribución del adulto mayor según nivel de escolaridad y ocupación

Un margen amplio de adultos mayores no se encuentra ocupado, y de la menor proporción de los adultos mayores ocupados se evidenció que la mayoría con primaria sin terminar ejercen trabajo de obreros, seguido por la primaria terminada y analfabetas, lo que sugiere que el nivel de escolaridad pudiese estar en relación con la ocupación que se desempeña a lo largo de la vida.

Tabla 33

Distribución de los adultos mayores según nivel de escolaridad y ocupación. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Nivel de escolaridad	Ocupación								Total F	Total %
	Obrero o F	Obrero %	Técnico F	Técnico %	Jubilado F	Jubilado %	No estoy ocupado F	No estoy ocupado %		
Analfabeta	6	13,64	0	0	3	27,27	37	32,17	46	26,74
Primaria sin terminar	22	50	0	0	2	18,18	46	40,00	70	40,70
Primaria terminada	14	31,82	2	100	2	18,18	22	19,13	40	23,26
Secundaria	2	4,55	0	0	1	9,09	4	3,48	7	4,07
Universitario	0	0,00	0	0	3	27,27	6	5,22	9	5,23
Total	44	100	2	100	11	100	115	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según nivel de escolaridad y encargado del cuidado del adulto mayor

Es posible determinar que los adultos mayores con acceso a la educación primaria son cuidados en su mayoría por sus hijos, seguidos de sus esposos, probablemente

sugiere que al acceso a la educación genera la siembra de valores en la familia lo que se evidencia en el cuidado en el futuro por los seres que lo rodearon a lo largo de su vida.

Tabla 34

Distribución de los adultos mayores según nivel de escolaridad y encargado del cuidado del adulto mayor. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Nivel de escolaridad	Encargado de cuidar al adulto mayor						Total frecuencia	Total %
	Esposo frecuencia	esposo %	Hijos (as) frecuencia	Hijos (as) %	Cuidador privado frecuencia	Cuidador privado %		
Analfabeta	3	4,92	6	10,17	12	23,08	21	12,21
Primaria sin terminar	29	47,54	31	52,54	18	34,62	78	45,35
Primaria terminada	20	32,79	17	28,81	21	40,38	58	33,72
Secundaria	8	13	1	1,69	1	2	10	6
Universitario	1	1,64	4	6,78	0	0,00	5	2,91
Total	61	100	59	100	52	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según nivel de escolaridad problemas familiares

Según el nivel de escolaridad, los adultos mayores enfrentan problemas familiares en su mayoría de falta de tiempo, y fueron los adultos mayores con acceso solo a la educación primaria los que mayormente enfrentaron dicha problemática, seguido de los problemas de espacio, problemas financieros y problemas de estrés. Los adultos mayores con acceso a la educación universitaria la mayor problemática de la familia se centró en falta de tiempo, quizá porque quienes los rodean están ocupados en otras actividades que interfieren en el cuidado del adulto mayor, haciendo que se genere un conflicto en el entorno familiar.

Tabla 35

Distribución de los adultos mayores según nivel de escolaridad y problemas familiares. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Nivel de escolaridad	Problemas familiares								Total frecuencia	Total %
	falta de tiempo frecuencia	falta de tiempo %	Financieros frecuencia	Financieros %	estrés F	Estrés %	Espacio F	espacio %		
Analfabeta	3	5,26	3	6,12	9	19,57	6	30	21	12,21
Primaria sin terminar	31	54,39	22	44,90	19	41,30	7	35	79	45,93
Primaria terminada	17	29,82	20	40,82	14	30,43	7	35	58	33,72
Secundaria	4	7	2	4,08	4	9	0	0	10	6
Universitario	2	3,51	2	4,08	0	0,00	0	0	4	2,33
Total	57	100	49	100	46	100	20	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según nivel de escolaridad y grado de dependencia

Los adultos mayores con acceso a la primaria como nivel educativo fueron los más independientes en todas las actividades de la vida diaria evaluadas (A), mientras que en los adultos mayores analfabetas, sin acceso al sistema educativo se evidenció que fueron independientes en las funciones salvo lavado, vestido y otra más (D). En cuanto a los adultos mayores con un nivel educativo de primaria se evidenció que tienen el mayor grado de dependencia, siendo dependientes para todas las actividades evaluadas (G) seguidos por los adultos mayores analfabetas.

Tabla 36

Distribución de los adultos mayores según nivel de escolaridad y grado de independencia. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Grado de independencia	Nivel de escolaridad												Total F	Total %
	Analfabeta F	Analfabeta %	Primaria sin terminar F	Primaria sin terminar %	Primaria terminada F	Primaria terminada %	Secundaria F	Secundaria %	Universitario F	Universitario %	Total F	Total %		
A	13	61,90	67	84,81	46	79,31	7	70	4	100	137	79,65		
B	1	4,76	6	7,59	6	10,34	2	20	0	0	15	8,72		

C	1	4,76	2	2,53	1	1,72	1	10	0	0	5	2,91
D	4	19,05	2	2,53	1	1,72	0	0	0	0	7	4,07
E	1	4,76	2	2,53	1	1,72	0	0	0	0	4	2,33
F	0	0,00	0	0	1	1,72	0	0	0	0	1	0,58
G	1	4,76	0	0	2	3,45	0	0	0	0	3	1,74
Total	21	100	79	100	58	100,00	10	100	4	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Nota: A: Independiente en todas las funciones.

B: Independiente en todas las funciones, salvo en una.

C: Independiente salvo lavado y otras más

D: Independiente en todas salvo lavado, vestido y otras más.

E: Independiente en todas salvo lavado, vestido uso de wáter closet (WC) y otras más.

F: Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de wáter closet, movilización y otras más.

G: Dependiente en todas las funciones.

Distribución del adulto mayor según nivel de escolaridad y calidad de vida

Los adultos mayores con acceso a la educación primaria consideraron que gozan de un calidad de vida media, mientras que los adultos mayores analfabetas consideran su calidad de vida como baja, lo que pudiese estar en relación con las herramientas educacionales que se les puede ofrecer en la etapa de la niñez para satisfacer las necesidades básicas en la etapa adulta y longeva respectivamente.

Tabla 37

Distribución de los adultos mayores según nivel de escolaridad y calidad de vida. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Nivel de escolaridad	Calidad de vida						Total frecuencia	Total %
	Baja frecuencia	Baja %	Media Frecuencia	Media %	Alta frecuencia	Alta %		
Analfabeta	12	27,91	9	7,14	0	0,00	21	12
Primaria sin terminar	15	34,88	62	49,21	2	66,67	79	46
Primaria terminada	12	27,91	45	35,71	1	33,33	58	34
Secundaria	3	7	7	5,56	0	0	10	6
Universitario	1	2,33	3	2,38	0	0,00	4	2
Total	43	100	126	100	3	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Encargado del cuidado del adulto mayor

Distribución del adulto mayor según encargado del cuidado y los problemas familiares

Para los hijos encargados del cuidado del adulto mayor el principal problema que enfrentan es el problema financiero en un 54%, seguido de la falta de tiempo en un 46%, al igual que para los esposos con un 44% y un 37,5% respectivamente, lo que sugiere que cuidar a un adulto mayor requiere de tiempo y dinero, ya que el cuidador debe invertir de su tiempo y dinero para satisfacer las necesidades del adulto mayor a quien está cuidando.

Tabla 38

Distribución de los adultos mayores según encargado de cuidarlos y problemas familiares. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Encargado de cuidar al adulto mayor	Problemas familiares								Total frecuencia	Total %
	falta de tiempo F	falta de tiempo %	Financiero frecuencia	Financiero %	estrés frecuencia	Estrés %	Falta de espacio	Falta de espacio		
Esposos (a)	21	37,50	22	44,00	15	32,61	4	20	62	36,05
Hijos (as)	26	46,43	27	54,00	5	10,87	1	5	59	34,30
Cuidador privado	9	16,07	1	2,00	26	56,52	15	75	51	29,65
Total	56	100	50	100	46	100	20	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Distribución del adulto mayor según el encargado del cuidado del adulto mayor y grado de dependencia

Los adultos mayores cuidados por sus esposos fueron los más independientes en un 34,31% de los casos, en relación con los cuidados por los hijos y cuidadores privados

los cuales abarcan un 32,85% en ambos casos. Los adultos mayores más dependientes, en un 100% fueron aquellos adultos mayores casados lo que pudiese estar relacionado con el hecho de que al tener una pareja puede servir de apoyo para ayudarle en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria.

Tabla 39

Distribución de los adultos mayores según encargado de cuidarlos y el grado de independencia. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Grado de independencia	Encargado del cuidado del adulto mayor						Total F	Total %
	esposos F	esposos %	Hijos F	Hijos %	cuidador privado F	Cuidador privado %		
A	47	75,81	45	77,59	45	86,54	137	79,65
B	4	6,45	7	12,07	4	7,69	15	8,72
C	2	3,23	2	3,45	1	1,92	5	2,91
D	3	4,84	2	3,45	2	3,85	7	4,07
E	2	3,23	2	3,45	0	0	4	2,33
F	1	1,61	0	0	0	0	1	0,58
G	3	4,84	0	0	0	0	3	1,74
Total	62	100	58	100	52	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Nota: A: Independiente en todas las funciones.

B: Independiente en todas las funciones, salvo en una.

C: Independiente salvo lavado y otras más

D: Independiente en todas salvo lavado, vestido y otras más.

E: Independiente en todas salvo lavado, vestido uso de wáter closet (WC) y otras más.

F: Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de wáter closet, movilización y otras más.

G: Dependiente en todas las funciones.

Distribución del adulto mayor según el encargado del cuidado del adulto mayor y calidad de vida

Los adultos mayores cuidados por sus esposos presentaron una calidad de vida media en un 36,51% de los casos, en relación a los cuidados por los hijos y los cuidadores privados, los adultos mayores con una percepción de la calidad más baja fueron los cuidados por los esposos e hijos, mientras que algunos de los cuidados por

personas privadas, percibieron que su calidad era alta en relación a los cuidados por los esposos e hijos.

Tabla 40

Distribución de los adultos mayores según el encargo de cuidarlo y la calidad de vida. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Encargado de cuidar al adulto mayor	Calidad de vida						Total frecuencia	Total %
	Baja	Baja	Media	Media	Alta	Alta		
	frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%		
Esposos (a)	16	37,21	46	36,51	0	0,00	62	36
Hijos (as)	16	37,21	42	33,33	0	0,00	58	34
Cuidador privado	11	25,58	38	30,16	3	100,00	52	30
Total	43	100	126	100	3	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Problemas Familiares

Distribución del adulto mayor según los problemas familiares y el grado de dependencia

El problema financiero destacó en aquellos adultos mayores que fueron dependientes en todas las funciones evaluadas lo que puede sugerir, que en vista de la dependencia del adulto mayor se debe invertir más recursos económicos para poder cubrir sus necesidades, así mismo generó mayores problemas de estrés entre los familiares ya que a mayor grado de dependencia mayor es la responsabilidad del cuidador para hacerlo adecuadamente generando estrés en el cuidador.

Tabla 41

Distribución de los adultos mayores según los problemas de la familia y el grado de independencia. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Grado de independencia	Problemas familiares								Total F	Total %
	Falta de tiempo F	Falta de tiempo %	Financieros F	Financieros %	Estrés F	Estrés %	Espacio F	Espacio %		
A	46	82,14	36	72	40	86,96	15	75	137	79,65
B	5	8,93	6	12	2	4,35	2	10	15	8,72
C	3	5,36	0	0	1	2,17	1	5	5	2,91
D	2	3,57	3	6	1	2,17	1	5	7	4,07
E	0	0,00	3	6	1	2,17	0	0	4	2,33
F	0	0,00	0	0	0	0	1	5	1	0,58
G	0	0,00	2	4	1	2,17	0	0	3	1,74
Total	56	100	50	100	46	100	20	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Nota: A: Independiente en todas las funciones.

B: Independiente en todas las funciones, salvo en una.

C: Independiente salvo lavado y otras más

D: Independiente en todas salvo lavado, vestido y otras más.

E: Independiente en todas salvo lavado, vestido uso de wáter closet (WC) y otras más.

F: Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de wáter closet, movilización y otras más.

G: Dependiente en todas las funciones.

Distribución del adulto mayor según los problemas familiares y la calidad de vida

El problema familiar que mayor prevalencia tuvo en los adultos mayores con una calidad de vida media fue la falta de tiempo en un 38,89% de los casos, mientras que para los adultos mayores con una calidad de vida baja el mayor problema al que se enfrentaron las familias fueron los problemas financieros, mientras que los problemas de estrés fueron los más representativos en los adultos mayores con calidad de vida alta, lo que nos habla a favor de que aun considerando tener las necesidades básicas cubiertas los problemas familiares se encuentran a la orden del día estando representando primordialmente por la falta de tiempo.

Tabla 42

Distribución de los adultos mayores según los problemas de la familia y la calidad de vida. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Problemas familiares	Calidad de vida						Total frecuencia	Total %
	Baja	Baja	Media	Media	Alta	Alta		
	frecuencia	%	Frecuencia	%	frecuencia	%		
Falta de tiempo	8	18,60	49	38,89	0	0,00	57	33
Financieros	15	34,88	34	26,98	0	0,00	49	28
Estrés	13	30,23	31	24,60	2	66,67	46	27
de espacio	7	16,28	12	9,52	1	33,33	20	11,63
Total	43	100	126	100	3	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Grado de independencia

Distribución del adulto mayor según el grado de independencia y la calidad de vida

Los adultos mayores con un grado de independencia para todas las funciones evaluadas (A) consideran tener una calidad de vida media en un 90,48% de los casos. Es de hacer notar que los adultos mayores dependientes en todas las funciones evaluadas (G) perciben su calidad de vida como baja, siendo esto razonable, ya que necesitando ayuda de las personas que le rodean sienten que su calidad de vida es más baja en relación a los adultos mayores independientes.

Tabla 43

Distribución de los adultos mayores según el grado de independencia y la calidad de vida. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

Problemas familiares	Calidad de vida						Total frecuencia	Total %
	Baja frecuencia	Baja %	Media Frecuencia	Media %	Alta frecuencia	Alta %		
A: Independiente en todas las funciones.	20	46,51	114	90,48	3	100	137	80
B: Independiente en todas las funciones, salvo en una.	6	13,95	9	7,14	0	0,00	15	9
C: Independiente salvo lavado y otras más	4	9,30	1	0,79	0	0,00	5	3
D: Independiente en todas salvo lavado, vestido y otras más.	7	16,28	0	0,00	0	0,00	7	4
E: Independiente en todas salvo lavado, vestido uso de wáter closet (WC) y otras más.	3	6,98	1	0,79	0	0,00	4	2
F: Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de wáter closet, movilización y otras más.	1	2,33	0	0,00	0	0,00	1	1
G: Dependiente en todas las funciones	2	4,65	1	0,79	0	0,00	3	1,74
Total	43	100	126	100	3	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Nota: A: Independiente en todas las funciones.

B: Independiente en todas las funciones, salvo en una.

C: Independiente salvo lavado y otras más

D: Independiente en todas salvo lavado, vestido y otras más.

E: Independiente en todas salvo lavado, vestido uso de wáter closet (WC) y otras más.

F: Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de wáter closet, movilización y otras más.

G: Dependiente en todas las funciones.

Capítulo IV

Resultados

Prueba de odds ratio:

Tabla 44

Relación entre autonomía y calidad de vida

Autonomía	Calidad de vida				Total F	Total %
	Con calidad de vida F	Con calidad de vida %	Sin calidad de vida F	Sin calidad de vida %		
Independiente	127	98,45	30	69,76	157	91,28
Dependiente	2	1,6	13	30,23	15	8,72
Total	129	100	43	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Tabla 45

Odds ratio calidad de vida y autonomía

Razón de ventaja para autonomía (independiente/dependiente)	Intervalo de confianza de 95%		
	valor	inferior	superior
	27,517	5,893	128,476
Para cohorte con calidad de vida	6,06	1,666	22,09
Para cohorte sin calidad de vida	0,22	0,151	0,322

Elaborado por: Los autores

Como se observa en los resultados el valor de OR para las variables calidad de vida y autonomía es 27,517; debido a que este valor es mayor a 1 y el intervalo de confianza de 95% no contiene al 1, el OR es estadísticamente significativo y es un factor de riesgo. Por lo que se puede concluir que los adultos mayores que son independientes tienen 27,517 veces más riesgo de tener calidad de vida que los adultos mayores que no son independientes, es decir que son dependientes.

Tabla 46

Relación cuidado y calidad de vida

Cuidado	Calidad de vida				Total F	Total %
	Con calidad de vida F	Con calidad de vida %	Sin calidad de vida F	Sin calidad de vida %		
Por la familia	88	68,22	32	74,42	120	69,7
No cuidado por la familia	41	31,78	11	25,58	52	30,2
Total	129	100	43	100	172	100

Elaborado por: Los autores

Tabla 47

Odds ratio cuidado y calidad de vida

	Intervalo de confianza de 95%		
	valor	inferior	superior
Razón de ventaja para cuidado (Cuidado por familiar/No cuidado por familiar)	0,738	0,339	1,608
Para cohorte con calidad de vida	0,93	0,779	1,111
Para cohorte sin calidad de vida	1,261	0,69	2,303

Elaborado por: Los autores

El OR para las variables calidad de vida y cuidado es 0,738 y el intervalo de confianza de 95% es de 0,339 y 1,608 para los límites inferior y superior respectivamente. Debido a que el intervalo de confianza contiene al 1 la asociación entre las variables calidad de vida y cuidado no es estadísticamente significativo.

4.2.4. Prueba de hipótesis

Para la prueba de la siguiente hipótesis: “La calidad de vida del adulto mayor depende de su autonomía y del cuidado de sus familias, luego del terremoto del 16-A, en la comunidad de Centro Jama 1, en el periodo de Agosto - Octubre 2016”. Se utilizó de manera convencional la siguiente clasificación:

Índice de Katz (autonomía):

- Adultos mayores con un índice de katz A-B ó 0-1 puntos: ausencia de dependencia o dependencia leve.
- Adultos mayores con índice de katz C-D ó 2-3 puntos: dependencia moderada.
- Adultos mayores con un índice de katz E-G ó 4-6 puntos: dependencia severa.

Escala Coop/Wonca (calidad de vida):

- Adultos mayores con escala Coop/Wonca 1-11,6 puntos: calidad de vida alta.
- Adultos mayores con escala Coop/Wonca 11,7-23,3 puntos: calidad de vida media.
- Adultos mayores con escala de Coop/Wonca 23,4-35 puntos: calidad de vida baja.

Con esta clasificación se realizó la prueba de hipótesis con el estadístico chi cuadrado de Pearson, obteniendo los siguientes resultados:

4.2.4.1. Prueba de hipótesis de dependencia de las variables calidad de vida y autonomía: valor de $p = 0,05$

H0: No existe relación entre la calidad de vida del adulto mayor y su autonomía, es decir, son independientes.

H1: Existe relación entre la calidad de vida del adulto mayor y su autonomía, es decir, son dependientes.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Calidad_de_vida * Autonomía	172	100,0%	0	,0%	172	100,0%

Tabla de contingencia Calidad_de_vida * Autonomía

			Autonomía			Total
			Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Ausencia de Dependencia o Dependencia Leve	
Calidad_de_vida	Baja	Recuento	6	11	25	42
		Frecuencia esperada	2,0	2,9	37,1	42,0
	Media	Recuento	2	1	124	127
		Frecuencia esperada	5,9	8,9	112,2	127,0
	Alta	Recuento	0	0	3	3
		Frecuencia esperada	,1	,2	2,7	3,0
Total	Recuento	8	12	152	172	
	Frecuencia esperada	8,0	12,0	152,0	172,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,747 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	39,583	4	,000
Asociación lineal por lineal	33,246	1	,000
N de casos válidos	172		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14.

Como se observa en la prueba de chi cuadrado de Pearson, la significancia asintótica bilateral tienen un valor de $0,000 < 0,05$ por lo tanto se concluye que hay evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula (hipótesis de

independencia), en otras palabras, las variables calidad de vida y autonomía están relacionadas.

4.2.4.2. Prueba de hipótesis de dependencia de las variables calidad de vida y cuidado de la familia: valor de $p = 0,05$

H0: No existe relación entre la calidad de vida del adulto mayor y el cuidado de su familia, es decir, son independientes.

H1: Existe relación entre la calidad de vida del adulto mayor y el cuidado de su familia, es decir, son dependientes.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Calidad_de_vida* Cuidado_de_la_Familia	172	100,0%	0	,0%	172	100,0%

Tabla de contingencia Calidad_de_vida * Cuidado_de_la_Familia

			Cuidado_de_la_Familia			Total
			Esposo (a)	Hijo (a)	Otro	
Calidad_de_vida	Baja	Recuento	16	16	10	42
		Frecuencia esperada	15,1	14,2	12,7	42,0
	Media	Recuento	46	42	39	127
		Frecuencia esperada	45,8	42,8	38,4	127,0
	Alta	Recuento	0	0	3	3
		Frecuencia esperada	1,1	1,0	,9	3,0
Total		Recuento	62	58	52	172
		Frecuencia esperada	62,0	58,0	52,0	172,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,810 ^a	4	,099
Razón de verosimilitudes	8,099	4	,088
Asociación lineal por lineal	1,890	1	,169
N de casos válidos	172		

a. 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,91.

Como se observa en la prueba de chi cuadrado, la significancia asintótica bilateral tiene un valor de $0,099 > 0,05$ por lo tanto se concluye que no hay evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula (hipótesis de independencia), en otras palabras, las variables calidad de vida y cuidado de la familia no están relacionadas.

Finalmente con los resultados obtenidos de las pruebas de independencia entre las variables calidad de vida y autonomía y calidad de vida y cuidado de la familia, se puede concluir que la calidad de vida del adulto mayor depende de su autonomía pero es independiente del cuidado de su familia. Sin embargo estos resultados deben interpretarse con cautela, puesto que, en 1952 Cochran estableció que las frecuencias esperadas menores a 5 no deben superar el 20%, en caso contrario los resultados se deben interpretar con cuidado. Como se observa al final de las tablas de las pruebas de chi cuadrado el 55,6% y el 33,3% de las frecuencias esperadas son menores a 5 para las variables calidad de vida – autonomía y calidad de vida – cuidado de la familia respectivamente.

Capítulo V

Discusión.

Para la presente investigación la muestra fue seleccionada aplicando los criterios de inclusión en la población de adultos mayores de 65 años, siendo una muestra heterogénea de acuerdo a las características de la población, y la familia en la cual estos adultos mayores habitan o conviven diariamente.

Desde un inicio se planteó la realización de un estudio transversal o de prevalencia, en el cual el objetivo era el de analizar el grado de dependencia (índice de katz) de los adultos mayores y su influencia en la familia y en su calidad de vida (escala de COOP/WONCA), luego del terremoto del 16-A, en el Centro Jama 1, permitiendo la realización de un estudio analítico y descriptivo pudiendo obtener estimaciones generales, y correlacionando las variables.

Respecto a los instrumentos para la medición de la calidad de vida en los adultos mayores tanto en Ecuador, como en gran parte de los países de América Latina no existen escalas o instrumentos propios de la localidad por lo que en muchos casos deben de ser utilizados instrumentos creados en otras latitudes con características demográficas y poblacionales distintas a la nuestra, de esta manera, al no estar diseñados para las características propias de la población ecuatoriana es necesario realizar procesos de adaptación con la finalidad de obtener los resultados más aceptables posibles.

Fue en este estudio la escala de COOP/WONCA traducida y validada en español la seleccionada como instrumento de medición de la calidad de vida en relación con la salud en los adultos mayores tomando en cuenta su principal ventaja como es su fácil

comprensión y la objetividad que ofrece gracias a sus criterios métricos de calidad (Martín, 2004).

El otro instrumento seleccionado y utilizado fue el índice de Katz, el cual es utilizado para evaluar la independencia de un enfermo en relación a las actividades básicas de la vida diaria, es un índice validado en diferentes países, idiomas y entornos culturales (Trigás, Ferreira, & Mejjide, 2011) lo que lo hace ser eficaz y confiable, siendo considerada la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo.

Para la valoración de las características socio-demográficas de la población de adultos mayores se realizó una encuesta tipo ad Hoc en la que se buscaba obtener datos específicos para esta investigación.

Estos resultados se obtienen de la hipótesis y de los objetivos planteados en la presente investigación.

Análisis de las características socio-demográficas de los adultos mayores en la población de Jama I, después del terremoto del 16-A.

Dentro de las características demográficas de los adultos mayores se encontró que existe una equidad entre los pobladores masculinos y los femeninos, evidenciando una relación 1:1 donde por cada adulto mayor masculino hay un adulto mayor de sexo femenino correspondiendo 50% femeninos y 50% masculinos en la población de Jama I, en contraposición a lo ocurrido en la mayoría de los estudios que reflejan distribución poblacional a predominio leve del género femenino sobre el género masculino, subrayando el hecho que al mencionar la longevidad, se menciona indirectamente el género, ya que las mujeres viven más que los hombres (Ordoñez, 2011). La igualdad entre ambos géneros encontrada en el presente trabajo destaca la equitativa distribución

de los recursos y aspectos sociodemográficos de la población de Jama I, es de hacer notar esta igualitaria proporción ya que en muy pocos casos es visto este fenómeno demográfico.

En cuanto al estado conyugal de los adultos mayores de la población de Jama I, cabe destacar que 41,86 % de ellos se encuentran casados seguido de 25 % viudos y 10,47 % solteros, partiendo de esto es posible considerar que los adultos mayores de la población estudiada fieles a sus costumbres mantienen la familia y la unión en matrimonio como fundamental pilar de la sociedad, esta situación es similar a la encontrada en un estudio realizado en la comuna de Concepción, en el cual 49,7% de los adultos mayores encuestados se encontraban casados, seguidos por el estado de viudez en un 37,3% de la población estudiada (Zavala, Vidal, Castro, Quiroga, & Klassen, 2006), en el Cantón Jama I, los adultos mayores masculinos se encuentran solteros en un 66,67 % en relación al género femenino 33,33 %, mientras que género femenino predomina el estado de viudez en un 62,79 % sobre el género masculino 37,21% pudiendo estar en relación directa con la mayor probabilidad del adulto mayor masculino de enfermar y morir antes de las mujeres, hecho dado por ventajas biológicas, hábitos más saludables, mayor relación con las medicinas (Mesle, 2012), suceso que se correlaciona a lo encontrado en un estudio realizado en el año 2009, en el que el objetivo fue identificar la presencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio Cerro, encontrando que en las mujeres predomina la viudez en un 48,3% (Hernandez, Carrasco, Rosel, & Gómez, 2009), pudiendo ser considerado espejo de la realidad sociocultural vivida por esta población durante su infancia, así como también puede deberse a la mayor longevidad del género femenino sobre el masculino.

En términos de nivel de escolaridad se obtuvo que la mayoría de los adultos mayores asistió a primaria pero no la terminó en un 45,35 %, seguido por un porcentaje de 33,72 % que asistió y terminó los estudios de educación primaria, llamando la atención que un porcentaje de 12,21 % de la población adulta mayor es analfabeta, semejante a lo encontrado en la investigación realizada en concepción donde la mayor parte de la población se encontraba sin escolaridad o escolaridad básica incompleta (Zavala, Vidal, Castro, Quiroga, & Klassen, 2006). Este fenómeno coincide con lo encontrado en un estudio realizado en Perú donde el bajo nivel educativo encontrado en los adultos mayores demandó el fortalecimiento de los programas de educación y capacitación con la finalidad de permitir que este grupo poblacional siga siendo productivo (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2012). Esta realidad educacional refleja en parte la acción gubernamental en políticas de educación del país, y está en asociación directa con los diferentes fenómenos sociales vividos por este grupo etario durante la etapa de infancia o niñez, evidenciando a su vez el bajo acceso a la educación durante la vida productiva de este grupo estudiado.

Respecto a la ocupación de los adultos mayores de la población de Jama I no fue posible obtener una estadística significativa, en vista de que la mayoría de los adultos mayores encuestados no respondieron este ítem en la encuesta.

Referente al cuidado del adulto mayor fue posible certificar que la mayoría de este grupo es cuidado por los esposos (as), con una diferencia entre el género masculino sobre el femenino, quienes son cuidados en mayor proporción por otras personas, mientras que los esposos cuidan en mayor proporción a los adultos mayores femeninos. En relación al género, son los hijos los encargados de cuidar a los adultos mayores

masculinos y femeninos en igual proporción 50% para cada uno, esto se correlaciona con lo publicado en un artículo en el cual se describe que en la mayoría de los casos las relaciones de parentesco se mantienen para con las personas dependientes, de tal manera que la mayoría de los hombre cuidadores son cónyuges o hijos, mientras que en las mujeres las cuidadoras muy frecuentemente son las hijas, es muy común que las esposas acepten el papel de cuidadoras con resignación por el tiempo de cuidado (Las familias de los adultos mayores que requieren cuidado, s.f.) encontrándose una ligera discrepancia a lo encontrado en un estudio realizado en La Habana donde se pudo constatar que son las hijas las encargadas de mayormente del cuidado de los adultos mayores, (Espín, 2008), y no los esposos u otros cuidadores externos; de igual manera este hecho fue reflejado en un estudio realizado en el Valle del Cauca, donde el objetivo fue describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores de adultos mayores discapacitados, encontrando que entre las características destacables del cuidador la mayoría eran del género femenino (Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara, & Herrera, 2006). Hecho que puede estar en relación con el patrón repetible en la mayoría de los países de Latinoamérica donde la mujer es pilar fundamental en el soporte emocional de la familia, y es ella quien asume este papel de cuidador con la finalidad de dar soporte al adulto mayor de su grupo familiar.

Respecto a los problemas familiares a los que se enfrentan día a día los adultos mayores y las personas que los rodean llama la atención que el principal problema fue la falta de tiempo, seguido por el gasto financiero que produce atender a un adulto mayor dentro del grupo familiar, luego se precisó como un problema el estrés que genera el

cuidado del adulto mayor y por último otros problemas, los cuales no fueron precisados, según un artículo publicado el estrés es uno de los problemas que experimentan los hijos por prestar cuidados a sus madres dependientes, resultando consistente con el mayor gasto en cuidadores personales contratados, sintiéndose en muchos casos sobrecargados (Las familias de los adultos mayores que requieren cuidado, s.f.), estos problemas padecidos por las familias en el cuidado de adultos mayores son diferentes a los encontrados en un estudio que buscaba describir las cargas en familiares cuidadores de ancianos dementes, en esta investigación se evidenciaron problemas personales de índole física y psíquica entre los que se destacan, el agotamiento físico, estados depresivos, insomnio, a nivel personal, y problemas familiares entre los que destacaron problemas de espacio y problemas de relación, con un clima de habitual tensión que conlleva a crisis dentro de la dinámica social y familiar (Roca & Blanco, 2007).

Análisis de grado de dependencia de los adultos mayores de la población de Jama I, después del terremoto del 16-A.

En términos de dependencia se logró evidenciar que la mayoría de los adultos mayores de 65 años que habitan en Jama I presentan dependencia leve según el índice de katz, este resultado se relaciona con el encontrado en un estudio realizado en la ciudad de Quito, específicamente en el hospital de atención integral del adulto mayor en el año 2013, se encontró que en cuanto al grado de dependencia de los adultos mayores estudiados esta fue leve, tal y como lo encontrado en el presente estudiado, hecho también comprobado en otros países como México y Chile donde en estudios similares se evidenció el grado de dependencia leve en los adultos mayores estudiados (Vidal, 2013), de tal manera que los adultos mayores pudieron ser considerados capaces de

realizar actividades básicas de la vida diaria en su mayoría en un 79,65 %, convirtiéndolos en personas independientes sobre todos a los adultos mayores entre 65 – 70 años en relación a los adultos mayores > 70 años, este hecho está en relación con la edad, ya que el mayor grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), están directamente relacionadas con la edad, según un estudio realizado en México donde el objetivo fue identificar los factores asociados con la dependencia funcional de los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (Dorantes, Ávila, Mejía, & Gutierrez, 2007). En la misma línea de ideas, este resultado se corresponde con lo encontrado en otro estudio realizado en la Universidad de Valladolid en el que el objetivo fue valorar, mediante el índice de Barthel el grado de dependencia de 156 adultos mayores institucionalizados en las residencias de entidad privada de la ciudad de Soria, se pudo concluir que el grado de dependencia de los adultos mayores aumenta con la edad así como otros factores como el sexo, encontrando que los hombres son menos dependientes que las mujeres (de la Fuente, Bayona, Fernández, Martínez, & Navas, 2012), tal y como se evidenció en la presente investigación en donde los hombres (51%) fueron menos dependientes que las mujeres (49%). Por otra parte, en cuanto al grado de dependencia de los adultos mayores se evidencia una diferencia con lo encontrado en un estudio realizado en la ciudad de Girardot en el cual el principal objetivo fue establecer la asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador con el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor, logrando demostrar que el grado de dependencia de la población estudiada era moderado (51,96%), seguido de

37,25% con un grado de dependencia severa (Rojas, 2007), a diferencia de lo encontrado en la presente investigación donde la dependencia fue leve.

Análisis de calidad de vida de los adultos mayores de la población de Jama I, después del terremoto del 16-A.

En cuanto a la calidad de vida se determinó que los adultos mayores del Cantón de Jama I presentan una calidad de vida moderada, llamando la atención que el género masculino presentó mejor calidad de vida en relación al género femenino, hecho que difiere a los encontrados en un estudio publicado en México donde los niveles más altos de calidad de vida respecto al género se presentaron en el género femenino en relación al género masculino (Maldonado & Mendiola, 2009), de igual manera fue posible demostrar que la calidad de vida fue mejor en los adultos mayores de > 70 años con respecto a los 65 – 70 años y de estos los del género femenino sobre el género masculino. Este resultado es similar al encontrado en un estudio de tipo descriptivo que se realizó en la Universidad Veracruzana de México, en el que el objetivo fue determinar la percepción que tiene el adulto mayor respecto a su calidad de vida, evidenciándose que un alto porcentaje refirió tener una calidad de vida moderada, y alta (Cerón, Sánchez, Riego, Enríquez, & Fernández, 2013). Esta misma percepción acerca de la calidad de vida de los adultos mayores se obtuvo en una investigación realizada en Chiclayo (Perú) donde aproximadamente el 50% de los adultos mayores refirieron percibir su calidad de vida como moderada (Coronado, Díaz, Apolaya, Manrique, & Arequipa, 2009) al igual que lo encontrado en el presente estudio. Percepción diferente a la encontrada en una investigación del año 2011 realizada en la población rural y urbana de Quito en la cual se encontró que los adultos mayores tenían una mala percepción de

su calidad de vida en el dominio rural, con respecto a la buena percepción de los adultos mayores en el dominio urbano (Ordoñez, 2011). En el mismo orden de ideas, en otro estudio realizado en México donde se buscaba conocer la calidad de vida de los adultos mayores de ciudad Victoria, Tamaulipas, México, se evidenció que el nivel de calidad de vida fue bajo (Maldonado & Mendiola, 2009). Es de hacer notar que en un estudio realizado en Chile se logró concluir que la calidad de vida percibida por los adultos mayores presenta una importante complejidad por su componente subjetivo, lo que hace difícil ser absolutamente objetivable (Osorio, Torrejón, & Anigsteins, 2011). Según un estudio realizado en Perú en el que se buscaba comprender el significado de la expresión lingüística "calidad de vida del adulto mayor" fue posible encontrar que para el adulto mayor la calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, mientras que para la familia tener calidad de vida significó satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vestido, higiene (Vera, 2007).

Capítulo VI

Conclusiones

Las conclusiones de la presente investigación, responde a hipótesis propuesta y los objetivos, siendo las siguientes:

- El grado de dependencia de los adultos mayores encuestados en relación a la calidad de vida es independiente del cuidado familiar, mientras que depende de su autonomía.
- El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) medido en los adultos mayores de la población de Jama I fue un grado de independencia a todas las actividades básicas de la vida diaria en la mayoría de los adultos mayores encuestados.
- Los problemas familiares que más se presentaron en el cuidado del adulto mayor fue la falta de tiempo, seguido por los problemas económicos en importante cuantía entre los adultos mayores encuestados y sus familiares.
- La calidad de vida en los adultos mayores del centro de Jama I después del terremoto del 16-A fue categorizada como moderada en la mayor parte de los adultos mayores encuestados.
- Las características demográficas que predominaron fue, igual proporción de adultos mayores del género femenino y el género masculino, la mayor parte de estos fueron adultos > 70 años de edad, casados, con un nivel de escolaridad con primaria sin terminar, cuidado por sus esposos (as).

Capítulo VI

Recomendaciones

- Cubrir las necesidades básicas de los adultos mayores debe ser considerado pilar fundamental en la sociedad Ecuatoriana y de todas las sociedades a nivel mundial, ya que es este grupo etario los que por el pasar de los años se van haciendo más dependientes, necesitado cada día más el apoyo de quienes lo rodean con la finalidad de hacerles sentir bien en esta última etapa de sus vidas.
- Promover que el cuidado y la atención del adulto mayor desde el seno familiar de tal manera que no se vea al adulto mayor como una carga o un problema, sino que sea parte del día a día del grupo familiar para de esta manera hacerles sentir lo que valen y retribuir un poco todo el amor y el afecto que le han ofrecido a sus descendientes a lo largo de su vida.
- Empoderar a las familias del adulto mayor en el cuidado del mismo, para de esta manera mejorar la calidad de vida.
- Estimular la mayor independencia en los adultos mayores de la población de Jama I y en general en toda la población ya que de esta manera se fomenta la autonomía y por ende se alcanza mayor grado de satisfacción en la vida diaria del adulto mayor haciéndole sentir que son valiosos para la familia y la sociedad.



Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante que consiste en una encuesta que no afectará mi salud y por la cual no se me recompensará monetariamente investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante: _____

Fecha: _____ (Día / Mes / Año).

Si es analfabeto, un testigo seleccionado por el participante que sepa leer y escribir firmará en este caso. Los participantes analfabetos debieran incluir su huella dactilar también. He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el participante ha dado su consentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____ Huella dactilar del participante

Firma del testigo: _____

Fecha: _____ (Día / Mes / Año).

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____ (Día / Mes / Año)

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento

Informado: ____ (Iniciales del investigador / asistente)

Anexo 2.











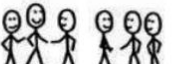

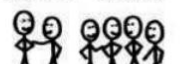









PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
Postgrado de medicina familiar y comunitaria
ESCALA DE COOP / WONCA

Instructivo:

La presente encuesta es parte de un trabajo de investigación, cuya finalidad es analizar los problemas que tienen las familias en el cuidado del adulto mayor y su influencia en la calidad de vida. Para lo cual, le solicito contestar con total sinceridad el siguiente cuestionario, **marcando con una X, en cada uno de los parámetros presentados**, no sin antes agradecer su generosa colaboración y asegurarle que los datos aportados se manejarán con absoluta confidencialidad.

Le solicitamos responder a todas las preguntas.

<p>Forma física</p> <p>Durante las dos últimas semanas.... ¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, dos minutos?</p>		<p>Sentimientos</p> <p>Durante las dos últimas semanas.... ¿En que medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y de ánimo?</p>	
Muy intensa (p.ej.: correr de prisa)	 1	Nada, absoluto	 1
Intensa (p.ej.: correr con suavidad)	 2	Un poco	 2
Moderada (p.ej.: caminar a paso rápido)	 3	Moderadamente	 3
Ligera (p.ej.: caminar despacio)	 4	Bastante	 4
Muy ligera (p.ej.: caminar lentamente o no poder caminar)	 5	Intensamente	 5
<p>Actividades sociales</p> <p>Durante las dos últimas semanas.... ¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?</p>		<p>Actividades cotidianas</p> <p>Durante las dos últimas semanas.... ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de su casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?</p>	
No, nada en absoluto	 1	Ninguna dificultad	 1
Ligeramente	 2	Un poco de dificultad	 2
Moderadamente	 3	Dificultad moderada	 3
Bastante	 4	Mucha dificultad	 4
Muchísimo	 5	Toda, no he podido hacer nada	 5






Cambio en el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor	↑↑	++	1
Un poco mejor	↑	+	2
Igual, por el estilo	↔	=	3
Un poco peor	↓	-	4
Mucho peor	↓↓	--	5

Estado de salud

Durante las dos últimas semanas...
¿Cómo calificaría su salud, en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Malá		5

Dolor

Durante las dos últimas semanas...
¿Cuánto dolor has tenido?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Anexo 3.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
Postgrado de medicina familiar y comunitaria
ÍNDICE DE KATZ

Instructivo:

La presente encuesta es parte de un trabajo de investigación, cuya finalidad es analizar los problemas que tienen las familias en el cuidado del adulto mayor y su influencia en la calidad de vida. Para lo cual, le solicito contestar con total sinceridad el siguiente cuestionario, **marcando con una X, en cada uno de los parámetros presentados**, no sin antes agradecer su generosa colaboración y asegurarle que los datos aportados se manejarán con absoluta confidencialidad.

LAVADO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No recibe ayuda (entrada y salida de la bañera por sí mismo, si esta es de forma habitual al bañarse) | <input type="checkbox"/> Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (por ejemplo espalda o piernas) | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera |
|--|---|---|

VESTIDO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda | <input type="checkbox"/> Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido |
|--|---|---|

USO DE RETRETE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas) | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal | <input checked="" type="checkbox"/> No va al retrete |
|--|---|--|

MOVILIZACION

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador) | <input checked="" type="checkbox"/> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda | <input checked="" type="checkbox"/> No se levanta de la cama |
|--|---|--|

CONTINENCIA

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Controla completamente ambos esfínteres | <input checked="" type="checkbox"/> Incontinencia ocasional | <input checked="" type="checkbox"/> Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente |
|--|---|---|

ALIMENTACION

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sin ayuda | <input type="checkbox"/> Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenoso |
|------------------------------------|---|---|

 Independiente

 Dependiente
VALORACION

- Independiente en todas las funciones
- Independiente en todas, salvo en una de ellas
- Independiente en todas, salvo lavado y otras mas.
- Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras mas.
- Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro, movilización y otras mas.
- Dependencia en las seis funciones.

Otras dependencias al menos en dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Anexo 4.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
Postgrado de medicina familiar y comunitaria.
ENCUESTA DEMOGRÁFICA.

Instructivo:

La presente encuesta es parte de un trabajo de investigación, cuya finalidad es analizar los problemas que tienen las familias en el cuidado del adulto mayor y su influencia en la calidad de vida. Para lo cual, le solicito contestar con total sinceridad el siguiente cuestionario, **marcando con una X, en cada uno de los parámetros presentados**, no sin antes agradecer su generosa colaboración y asegurarle que los datos aportados se manejarán con absoluta confidencialidad.

SEXO:

- Masculino.
 Femenino.
 Otros.

EDAD:

- 65 a 70 años.
 70 años en adelante.

ESTADO CIVIL:

- Soltero (a).
 Casado (a).
 Divorciado (a).
 Unión libre.
 Viudo (a).

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

- Analfabeto (a).
 Primaria sin terminar.
 Primaria terminada.
 Secundaria.
 Técnico
 Universitario.

OCUPACIÓN:

- Obrero (a).
 Técnico
 Profesional
 Jubilado (a)

CUIDADO DEL ADULTO MAYOR:

- Esposo (a).
 Hijo (a).
 Otros.

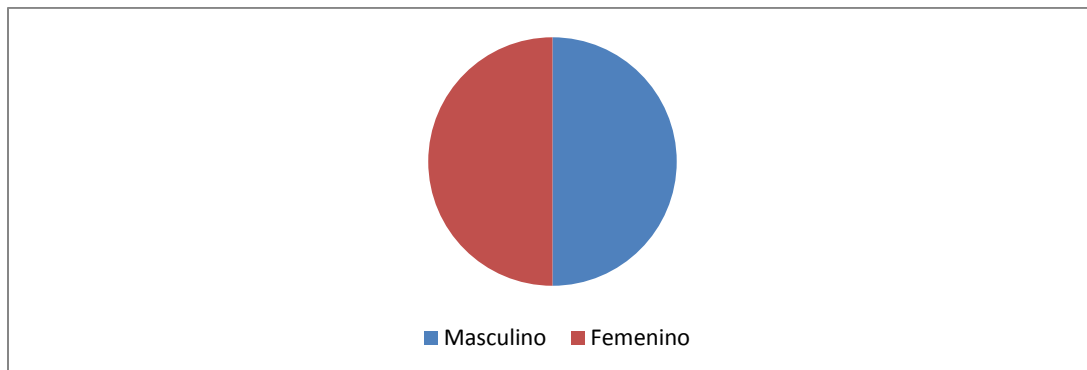
¿CÓMO AFECTADA EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR?

- Falta de tiempo para realizar actividades personales.
 Estrés.
 Gastos financieros.
 Otros.

Anexo 5

Figura 2

Distribución de adultos mayores según el sexo. Frecuencia y porcentaje. Cantón Jama I de la provincia de Manabí. 2016.

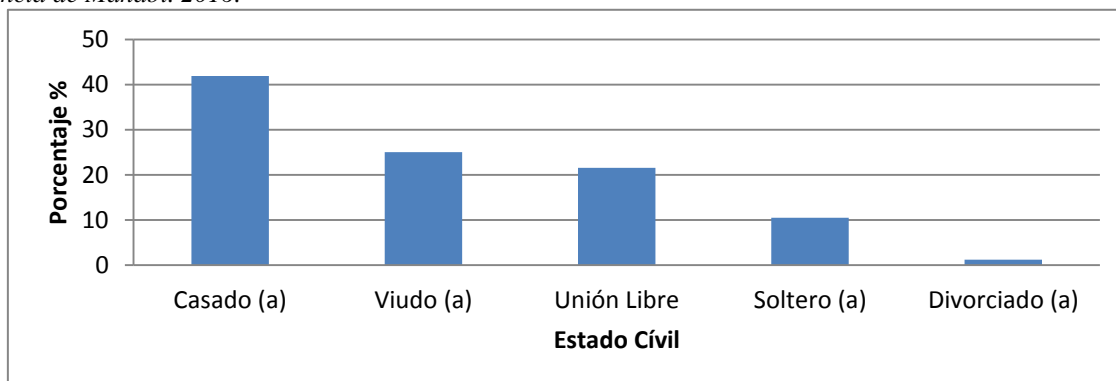


Elaborado por: Los autores

Anexo 6

Figura 3

Distribución de la población adulto mayor según el estado civil. Porcentaje. Cantón Jama I de la provincia de Manabí. 2016.

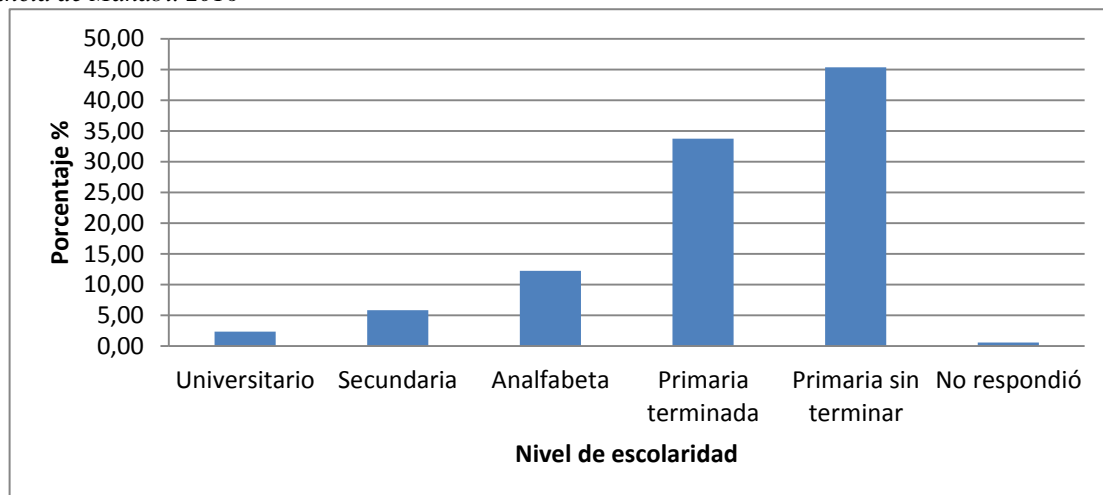


Elaborado por: Los autores

Anexo 7

Figura 4

Distribución de la población adulta mayor según nivel de escolaridad. Porcentaje. Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

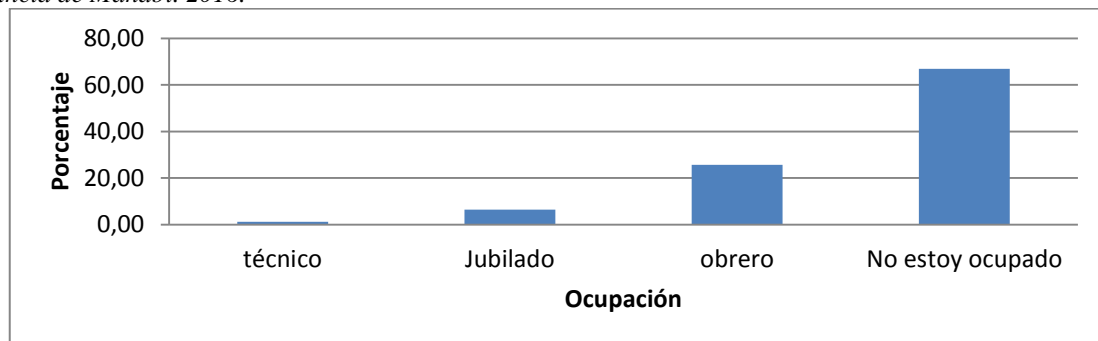


Elaborado por: Los autores

Anexo 8

Figura 5

Distribución de la población adulto mayor según ocupación. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016.

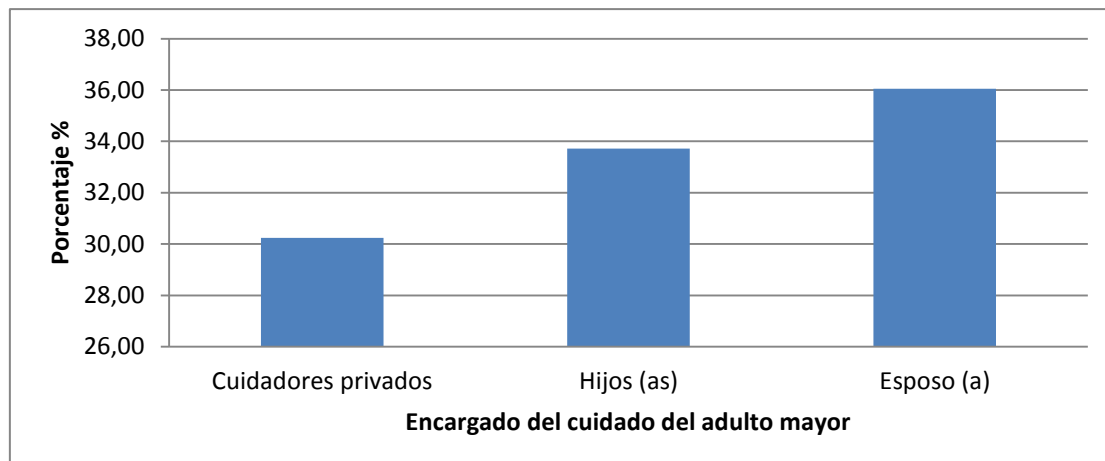


Elaborado por: Los autores

Anexo 9

Figura 6

Encargado (s) del cuidado del adulto mayor. Porcentaje. Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016

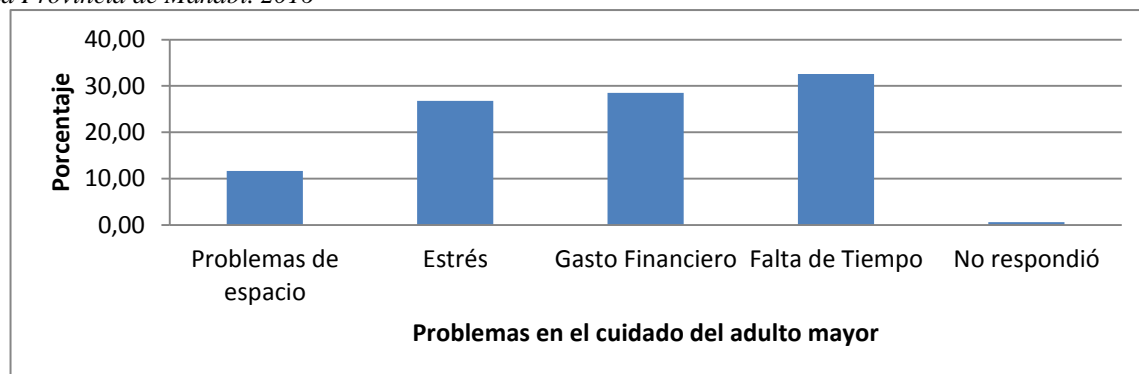


Elaborado por Los autores

Anexo 10

Figura 7

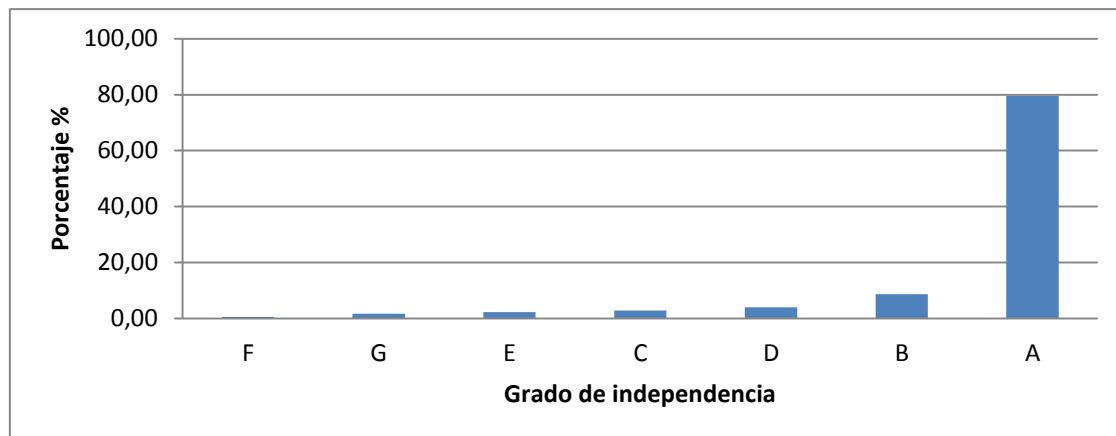
Problemas familiares relacionados con el cuidado del adulto mayor. Porcentaje en el Cantón Jama I de la Provincia de Manabí. 2016



Elaborado por: Los autores

Anexo 11**Figura 8**

*Grado de independencia en adultos mayores. Porcentaje. Cantón Jama I de la provincia de Manabí.
2016*



Elaborado por: Los autores

Bibliografía

Aguiar, R., Ferrín, A., & Pilligua, M. (2016). Comportamiento del bloque estructural de la facultad de comercio exterior de la ULEAM durante el terremoto del 16 de abril de 2016. *Ciencia* , 469-481.

Aldeas Infantiles SOS Ecuador. (2016). *Ecuador despues del terremoto: panorama y cifras*. Recuperado el 9 de Noviembre de 2016, de Aldeas infantiles SOS Ecuador: <http://www.aldeasinfantiles.org.ec/informate/ultimas-noticias/ecuador-despues-del-terremoto-panorama-y-cifras>

Ávilés, E. (s.f.). *Cultura Jama Coaque, historia de Ecuador*. Recuperado el 9 de Noviembre de 2016, de Enciclopedia del Ecuador: <http://www.encyclopediadeecuador.com/historia-del-ecuador/cultura-jama-coaque/>

Basabe, P., Almeida, E., Patricio, R., Zeas, R., & Alvarez, L. (1996). Avance en la prevención de desastres naturales en la cuenca del río Paute, Ecuador. *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines* , 443-458.

Baster, J., & Roca, A. (2006). Funcionamiento del adulto mayor en desastres naturales. *Revista científica de la Universidadde ciencias médicas de Holguin. Correo científico médico* , s.p.

Botero, B. &. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la Salud* , 11-24.

Cañadas, S. (2012). *Preferencia sobre la decisión al final de la vida de los adultos mayores de 60 años del "Programa 60 y piquito" en el Valle de los Chillos, en la Parroquia Conocoto, Provincia de Pichincha-Ecuador, el período 2011-2012* . Recuperado el 23 de Octubre de 2016, de Repositorio Digita de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5457>

Casado, V. (2012). *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria*. Madrid España: Panamericana.

Castro, R. (2014, Febrero, 19). Desarrollo: Adulto Mayor. [Psicología Médica]. Recuperado de <http://medicinapsicologica.blogspot.com/2014/02/desarrollo-adulto-mayor.html>

Castro, J., & Pintado, A. (2010). *La violencia intrafamiliar y sus repercusiones en los adolescentes*. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de Repositorio Institucional de la Universidad de Cuenca: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/simple-](http://dspace.ucuenca.edu.ec/simple-search?query=La+violencia+intrafamiliar+y+sus+repercusiones+en+los+adolescentes)

[search?query=La+violencia+intrafamiliar+y+sus+repercusiones+en+los+adolescentes](http://dspace.ucuenca.edu.ec/simple-search?query=La+violencia+intrafamiliar+y+sus+repercusiones+en+los+adolescentes)

Cerón, M., Sánchez, A., Riego, N., Enríquez, C., & Fernández, B. (2013). Estudio sobre la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida. *Revista médica electrónica*, s.p.

Comisión Europea de la Comunidad Andina . (s.f.). *Pérdida por desastres de impacto extremo, grande y menor en Ecuador, 1970-2007*. Lima, Perú.

Coronado, J., Díaz, C., Apolaya, M., Manrique, L., & Arequipa, J. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Médica Peruana*, 230 - 338 .

de la Fuente, M., Bayona, I., Fernández, F., Martínez, M., & Navas, F. (2012). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos*, 19-22.

Departamento de estudios y desarrollo-Superintendencia de Salud; Departamento de Economía de la Salud; División de Planificación Regional de MIDEPLAN. (Marzo de 2008). *Dependencia de los adultos mayores en Chile*. Recuperado el 09 de Noviembre de 2016, de Superintendencia de Salud: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf

Desastres Naturales . (2009). Recuperado el 19 de Octubre de 2016, de Red de Salud de Cuba: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/10desastres_naturales.pdf

Dorantes, G., Ávila, J., Mejía, S., & Gutierrez, L. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-11.

Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A., & Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia médica*, 31-38.

Durán, A. (08 de Noviembre de 2013). *Código de Familia*. Recuperado el 18 de Octubre de 2016, de Derecho Ecuador : <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodefamilia/2013/10/31/codigo-de-familia>

Dutton, K. (2013). *The vulnerability of the elderly during natural disaster: a study of flooding in La Plata, Argentina on April 2nd, 2013*. Recuperado el 19 de Octubre de 2016, de SIT Graduate Instituto: http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2607&context=isp_collection

El Adulto Mayor. (s.f). Recuperado el 18 de Octubre de 2016, de Repositorio de la Universidad de las Américas Puebla: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

El adulto y el anciano. (s.f). Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de Enfermeros: <http://enfermeros.jimdo.com/el-adulto-y-el-anciano/>

El Diario. (12 de Septiembre de 2011). Censo: Manabí con 3.734 adultos mayores. *El Diario manabita de libre pensamiento*, pág. s.p.

Erazo, S. (Abril de 2016). *Geopolítica del narcotráfico: Ecuador país estratégico para el cartel de Sinaloa. (2010-2015) Caso: Jama - Manabí*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2016, de Repositorio Universidad Internacional de Ecuador [UIDE]: <http://repositorio.uide.edu.ec:8080/bitstream/37000/1323/1/T-UIDE-1029.pdf>

Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista cubana de salud pública*, 34.

Espinoza, J. (1992). Terremotos Tsunamigénicos en el Ecuador. *Acta Oceanográfica del Pacífico*, 21-28.

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol de cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería XVIII*, 29-41.

Flores, M., Cervantes, G., Cruz, M., & Cerquera, A. (2011). Concepto de la calidad de vida en relación con el adulto mayor. En M. Flores, M. Vega, & G. Gonzalez, *Condiciones socielas y calidad de*

vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia (pág. 87). Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.

Fundación Oportunidad Mayor. (2016). *Adultos Mayores ante desastres naturales*. Recuperado el 2016 de Octubre de 18, de Fundación Oportunidad Mayor: <http://omayor.cl/es/adultos-mayores-ante-desastres-naturales/>

García, J. (17 de Enero de 2011). *Diversos tipos de familia reconocidos en la Constitución*. Recuperado el 19 de Octubre de 2016, de Derecho Ecuador: <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodefamilia/2010/09/14/diversos-tipos-de-familia-reconocidos-en-la-constitucion>

Giraldo, C., Franco, G., Correa, L., Salazar, M., & Tamayo, A. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* .

Glosario Gerontológico. (s.f). Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de SENAMA: http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf

Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Jama. (s.f). *Jama, historia, cultura y buena vida*. Recuperado el 08 de Noviembre de 2016, de Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Jama: <http://www.jama.gob.ec/index.php/noticias/item/100-jama-historia-cultura-y-buena-vida>

González, M. (27 de Abril de 2016). Los ancianos son más vulnerables en Manabí. *El comercio* , pág. s.p.

Guzmán, J. (Mayo de 2002). *Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe* . Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Comisión Económica Para América Latina y el Caribe [CEPAL]: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/7166-envejecimiento-desarrollo-america-latina-caribe>

HelpAge International. (s.f). *Personas mayores en desastres y crisis humanitarias: Líneas directrices para la mejor práctica*. Londres, Reino Unido: HelpAge International.

Hernandez, G., Carrasco, M., Rosel, F., & Gómez, M. (2009). Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio Cerro. *Publicación de gerontología y geriatría* , s.p.

Herrera, G. (abril de 2015). *Propuesta de formación humana - cristiana, para parejas en unión libre, del sector urbano de la parroquia "Nuestra señora del carmen" del cantón Jama - Manabí*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2016, de Repositorio digital de la Universidad Politécnica Salesiana Ecuador: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/9914>

Instituto Geofísico. (2016). *Terremoto del 16 de abril de 2016*. Quito.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2012). *Perú: Situación de salud de la población adulta mayor, 2012*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2016, de Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap01.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC]. (2009). *Salud, Bienestar y envejecimiento*. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de Instituto Nacional de Estadística y Censo: <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (27 de Agosto de 2015). *En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, 28% se siente desamparado*. Recuperado el 14 de Mayo de 2016, de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-2229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2010). *Encuesta de empleo, desempleo y subempleo [ENEMDUR]*. Recuperado el 18 de Octubre de 2016, de Instituto Nacional de Estadística y Censos .

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (16 de Septiembre de 2014). *Encuesta de Salud, Bienestar Envejecimiento 2009*. Recuperado el 18 de Octubre de 2016, de Instituto Nacional de Estadística y Censos: <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2010). *Fascículo Provincial Manabí*. Recuperado el 8 de Noviembre de 2016, de Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/manabi.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2008). *La población adulto mayor en la ciudad de Quito estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica*. Recuperado el 08 de Noviembre de 2016, de Instituto Nacional de Estadística y Censos: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2008). *La Población Adulto Mayor en la Ciudad de Quito Estudio de la Situación Sociodemográfica y Socioeconómica*. Quito, Ecuador.

Instituto Oceanográfico de la Fuerza Naval [INOCAR]. (2012). *Información General de la República del Ecuador*. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de Instituto Oceanográfico de la Fuerza Naval [INOCAR]: http://www.inocar.mil.ec/docs/derrotero/derrotero_cap_I.pdf

Jauregui, J., & Rubin, R. (2012). Fragilidad en el adulto mayor. *Revista del hospital italiano de Buenos Aires* , 110-115.

Las familias de los adultos mayores que requieren cuidado. (s.f.). Recuperado el 16 de Noviembre de 2016, de Cuidadores de ancianos: <http://www.cuidadoresdeancianos.com/cuidadores-de-ancianos/las-familias-de-los-adultos-mayores-que-requieren-cuidados/>

Las familias de los adultos mayores que requieren cuidado. (s.f.). Recuperado el 16 de Noviembre de 2016, de Cuidadores de Ancianos: <http://www.cuidadoresdeancianos.com/cuidadores-de-ancianos/las-familias-de-los-adultos-mayores-que-requieren-cuidados/>

Lluis, G., & Llibre, J. (2004). Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento. *Revista cubana de medicina general integral* , s.p.

Llumiquina, C. (2013). *Cambios en la dinámica familiar relacionado con el grado de dependencia funcional del adulto mayor del servicio de Rehabilitación Física de la Fundación Tierra Nueva en el período Abril-Junio 2013*. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de Repositorio Digital Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/6196>

Maganto, C. (s.f.). *Campus gipuzcoa*. Recuperado el 08 de Diciembre de 2016, de La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo: http://r.search.yahoo.com/_ylt=A0LEV1aSzkpYs3kAb5tXNyoA;_ylu=X3oDMTByMHZ0NG9yBGNvbG8DYmYxBHBvcwM3BHZ0aWQDBHNIYwNzcg--/RV=2/RE=1481326355/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.sc.ehu.es%2fptwmamac%2fCapi_libro%2f39c.pdf/RK=0/RS=VyaCztIcdZ1rGa_OfrCnrKRL5Ho-

Maldonado, G., & Mendiola, S. (2009). Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. *Contribución a las ciencias sociales*, s.p.

Manfrini, G., & Eggert, A. (Julio - Agosto de 2013). Rutinas de cuidados de la salud de familias después de un desastre natural. *Revista latinoamericana de Enfermagem*, 1-8.

Martín, F. R. (2004). Láminas COOP/WONCA: ¿un instrumento válido para determinar la CVRS en el paciente en diálisis? . *Nefrología*, 192-193.

Mesle, F. (02 de febrero de 2012). *Apuntes de demografía*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2016, de Hombre y mujeres distintos en mortalidad: <https://apuntesdedemografia.com/2012/02/02/hombres-y-mujeres-distintos-en-mortalidad/>

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (2014). *Rendición de cuentas 2014*. Recuperado el 08 de Noviembre de 2016, de Ministerio de Inclusión, económica y social: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/03/ZONA4pz.pdf>

Mora, M. V. (2004). Perspectiva Subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *MHSalud*, 3.

Muñoz, R., & Yopez, L. (2016). *El abandono al adulto mayor y sus implicaciones jurídica y social en la Parroquia de Tumbaco en el periodo de Enero-Diciembre 2014*. Recuperado el 18 de Octubre de 2016, de Repositorio Digital de la Universidad Central de Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/6082>

Nieto, E., Cerezo, M., & Cifuentes, O. (26 de septiembre de 2006). *Representaciones de la vejez en relación con el proceso salud-enfermedad de un grupo de ancianos*. Recuperado el 22 de diciembre de 2016, de Red de revistas científicas de america latina, El Caribe, España y Portugal: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126325012>

Nuñez, M. (2010). *La disfunción familiar y su incidencia en la ansiedad en los adolescentes, comprendidos entre las edades de 14 a 15 años del instituto técnico superior rumiñahui en período comprendido Agosto - Diciembre 2009*. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de Repositorio Dgital de la Universidad Técnica de Ambato: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/4373/1/Nu%C3%B1ez%20Valle,%20%20Mar%C3%ADa%20Madgalena.pdf>

Observatorio económico. (s.f.). *Indicadores económicos y sociales de Manabí*. Recuperado el 09 de Noviembre de 2016, de Slideshare: <http://es.slideshare.net/observatorioeconomico/indicadores-economicos-y-sociales-de-manab>

Olivo, J., & Anabel, C. (2013). *Actuación de la enfermera ante los desastres naturales en el Ecuador*. Recuperado el 19 de Octubre de 2016, de Repositorio Digital de Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/6007>

Olvera, M., & Sabido, O. (2007). Un marco de análisis sociológico de los iedos modernos: vejez, enfermedad y muerte. *Revista sociológica* , 119-149.

Ordoñez, L. (2011). *Autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores en la zona rural (Hospital Pedro Vicente Maldonado) y Urbana (Unidad de atención ambulatoria La Ecuatoriana) pertenecientes a la Provincia de Pichincha y su relación con la disfuncionalidad famil*. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de Repositorio Digital Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4096>

Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (s.f.). *En Tierra segura: Desastres Naturales y tenencias de la tierra: Ecuador*. Recuperado el 19 de Octubre de 2016, de

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]:
<http://www.fao.org/docrep/013/i1255b/i1255b02.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *udlap.mx*. Recuperado el 26 de septiembre de 2016, de
https://www.google.com/search?sclient=psy-ab&client=firefox-b&q=naciones+unidas+adulto+mayor.pdf&oq=naciones+unidas+adulto+mayor.pdf&gs_l=serp.3...13125.15266.0.15489.12.12.0.0.0.380.3339.2-6j5.11.0...0...1c.1.64.psy-ab..10.1.293...0i7i30k1j0i7i5i30k1j

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2002). *Temas Mundiales envejecimiento*. Recuperado el 18 de Octubre de 2016, de Organización de Naciones Unidas [ONU]:
<http://www.un.org/es/globalissues/ageing/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Recuperado el 26 de AGOSTO de 2016, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Envejecimiento y Ciclo de Vida*. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la Salud*.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *La población Mundial está envejeciendo rápidamente*. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organización Mundial de la Salud 2016 *La población Mundial está envejeciendo rápidamente*

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2016). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Recuperado el 26 de AGOSTO de 2016, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). *El sismo también afecta al adulto mayor*. Recuperado el 9 de Noviembre de 2016, de En la mira: <http://www.enlamiraonline.com/ProyEnlaMira/Pantallas/Portada/mostrarnoticia.php?id=7133283>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014-2019). *Envejecimiento Poblacional y la Salud en las Américas*. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5434&Itemid=2391

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2000). *Los desastres Naturales y la protección de la salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Osorio, P., Torrejón, M., & Anigsteins, M. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista MAD-Universidad de Chile* , 61-75.

Paladines, M., & Quinde, M. (2010). *Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar*. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Repositorio Institucional de la Universidad de Cuenca: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2267>

Pelayo, J. (s.f.). *Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud [Diapositivas de Power Point]*. Obtenido de <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/BASESPSICO&SALUD&ENF/2011-12/28BP-CALIDAD-VIDA-CVRS.pdf>

Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC]. (2011). *Guía Calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: Salesianos.

Querejeta, M. (s.f.). *Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: ARTEGRAF S.A.

Quintanar, A. (2010). *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF* . Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Repositorio Digital de la Universidad de Hidalgo:

https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf

RAM panel. (s.f.). *Mediciones ah Hoc*. Recuperado el 01 de Noviembre de 2016, de RAM panel: <https://www2.rampanel.com/es/products/campaign-measurements/ad-hoc-measurements>

Reyes, C., Camacho, M., & Eschbach, K. (2006). El contexto de la familia y el vecindario en los ancianos de del estudio EPESE hispano. *Colombiana Médica* , 45-49.

Ribera, J. (s.f.). *Envejecimiento*. Recuperado el 16 de Agosto de 2016, de Envejecimiento: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ribera-envejecimiento-01.pdf>

Robles, M., Miralles, R., Llorach, I., & Cervera, A. (s.f.). Tratado de Geriátría para Residentes. En S. E. Gerontología, *Tratado de Geriátría para Residentes* (págs. 27-28). Madrid.

Roca, A., & Blanco, K. (2007). *Carga en familiares cuidadores en ancianos dementes*. Recuperado el 19 de Octubre de 2016, de Correo científico médico de Huguín: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev4.htm>

Rojas, M. (2007). Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive en situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Avances en enfermería* , 33-45.

Salv, A. (Junio de 2011). *Curso de actualización en sarcopenia*. Recuperado el 9 de Noviembre de 2016, de Observatorio SEGG de la sarcopenia y nutrición: http://www.sarcopenia.es/curso1_1.php

Sánchez, D., & Egea, C. (02 de Agosto de 2011). *Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores*. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006&lng=es&tlng=es.

Sanhueza, C., Contreras, D., & Denis, A. (2012). Terremoto y sus efectos sobre el bienestar: un análisis multidimensional. *Persona y Sociedad / Universidad Alberto Hurtado* , 43-66.

Secretaría de Gestión de Riesgos. (2016). *Informe de situación N° 65 16/05/2016 Terremoto 7.8 ° - Pedernales*. Quito.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES], Sistema Nacional de Información [SNI]. (2014). *Ficha de Cifras Generales. Catón Jama, Manabí*. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES], Sistema Nacional de Información [SNI]: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/FICHAS%20F/1320_JAMA_MANABI.pdf

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLANDES] . (Junio de 2012). *Memoria Técnica, Cantón Jama, Generación de geoinformación para la gestión del territorio a nivel nacional escala 1:25000*. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLANDES] : http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PDOT/ZONA4/NIVEL_DEL_PDOT_CANTONAL/MANABI/JAMA/MEMORIAS_TECNICA/S/mt_jama_socioeconomico.pdf

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLANDES]. (Diciembre de 2012). *Memoria Técnica, Cantón Jama, Generación de geoinformación para la gestión del territorio a nivel nacional escala 1:25000*. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLANDES]: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PDOT/ZONA4/NIVEL_DEL_PDOT_CANTONAL/MANABI/JAMA/MEMORIAS_TECNICA/S/mt_jama_socioeconomico.pdf

Servicio Andaluz de salud consejería de salud. (s.f.). *Valoración de las actividades de la vida diaria. Índice de Katz*. Recuperado el 02 de Noviembre de 2016, de Hospital Universitario Virgen de las Nieves Complejo Hospitalario Universitario de Granada: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice_de_katz.pdf

Servicio Geológico Colombiano, red de sismología Nacional de Colombia. (2016). *Informe del sismodel 16 de abril de 2016, en Pedernale, Ecuador, sentido ampliamente en el territorio colombiano*. Bogotá.

Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA]. (s.f.). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago de Chile : Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Silva, P., & Pérez, V. (2015). *Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Quito N.1 de la policía en el período comprendido entre Octubre del*. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de Repositorio Digital de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8876>

Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias [SAMIUC]. (27 de Junio de 2015). *Indice de katz (Valoración actividades de la vida diaria)*. Recuperado el 01 de Noviembre de 2016, de Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias [SAMIUC]: <http://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-de-enfermeria/indice-de-katz-valoracion-de-actividades-en-la-vida-diaria.html>

Tinajero, R., & Simbaña, V. (2015). *Leyes que protegen a la mujer y la familia y su falta de aplicación para la disminución de la violencia intrafamiliar en la Parroquia Pintag*. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Repositorio Digital de la Universidad Central de Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4968>

Torres, A. (2003). *Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar*. Recuperado el 18 de Octubre de 2016, de Repositorio Universidad de Colima: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf

Treviño, S., Pelcastre, B., & Marquez, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México* , 30-38.

Trigás, M., Ferreira, L., & Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia clínica; Sociedad Galega de Medicina Interna* , 11-16.

Urbano, C., Hernández, I., de Armas, A., & Ulloa, A. (2014). Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. *Revista cubana de reumatología* , 76-89.

Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* , 61-71.

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia . *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos* , 284-290.

Vidal, S. (2013). *Prevalencia de factores biopsicosociales relacionados con el proceso de fragilización en el adulto mayor cesante, en el hospital de atención integral al adulto mayor. Junio-Julio 2013, Quito-Ecuador*. Recuperado el 23 de Octubre de 2016, de Repositorio Digital de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/6118>

Wikipedia . (2016). *Terremoto de Ecuador de 2016*. Recuperado el 09 de Noviembre de 2016, de Wikipedia la enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/wiki/Terremoto_de_Ecuador_de_2016

Wikipedia. (06 de Septiembre de 2016). *Cantón Jama*. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de Wikipedia: https://es.wikipedia.org/wiki/Cant%C3%B3n_Jama

Wikipedia. (22 de Octubre de 2016). *Ecuador*. Recuperado el 22 de Octubre de 2016, de Wikipedia: <https://es.wikipedia.org/wiki/Ecuador>

World Medical Association [WMA]. (Octubre de 2013). *Declaración de Helsinki de la WMA. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado el 02 de Noviembre de 2016, de world Medical Association [WMA]: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

Yepéz, M. (2016). *Características socio-demográficas y clínico geriátricas asociadas con depresión en adultos mayores que acuden al servicio de consulta externa en el hospital de atención integral del adulto mayor, por el lapso de cinco meses entre el 2014 y el 2015* . Recuperado el 22 de Octubre de 2016, de Repositorio Digital de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/11184>

Zabaleta, M. (2012, Abril, 15). Problemática social de los adultos mayores. [Definición de adulto mayor]. Recuperado de <http://problematICAadultosmayores.blogspot.com/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-monica.html>

Zamudio, T. (Octubre de 2000). *Cuestiones jurídicas y bioéticas entorno a la muerte*. Recuperado el 2 de Noviembre de 2016, de OMS, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos: <http://muerte.bioetica.org/legis/d75.htm>

Zapata, P. (2013). *Análisis de la calidad de vida del adulto mayor, caso programa sesenta y piquito en el barrio Pérez Pallares*. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Repositorio Digital de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/6074>

Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., & Klassen, P. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería* , 53-62.