# PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

# "INFLUENCIA DE LOS TALLERES RECREATIVOS EN LA CALIDAD DE VIDA Y DINÁMICA FAMILIAR DE LOS JUBILADOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA "COTOCOLLAO" DEL IESS EN EL PERIODO MARZO- ABRIL DEL 2015"

**DISERTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:**

**ANGÉLICA CAROLINA ANDRADE ORTIZ**

**SANDRA ELIANA ROMERO HIDALGO**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. GALO ANTONIO SÁNCHEZ DEL HIERRO**

**DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. JOSÉ SOLA**

**Quito – Ecuador**

**Agosto del 2015**

# DEDICATORIA

*A Dios, quien ha sido mi guía y la luz a seguir*

*A mi hijo Sebastián, quien ha soportado mi ausencia por alcanzar esta meta, mi inspiración y mi razón de ser.*

*A mi esposo Daniel, quien me ha apoyado en mi carrera profesional.*

*A mis padres, Ángel y Marlene, quienes con sus bendiciones han sido mi apoyo, mi ejemplo a seguir y siempre depositaron su confianza en mí.*

*A mis hermanos: Fabián, Cristina y Gisselle, mis compañeros y amigos en este trajinar, quienes con sus consejos han sabido ser la palabra de aliento cuando más lo necesitaba.*

*A mis tutores quienes con sus enseñanzas han sido luz en mi camino, grandes profesionales, seres humanos que van dejando huella en cada uno de nosotros.*

*A mis compañeras de Hospital, Sandra, Grace, Eliana y Cristina quienes más que compañeras de curso, han sido las amigas y cómplices del día a día durante este postgrado.*

*Carolina*

# DEDICATORIA

*El presente trabajo lo dedico:*

*A Dios, por guiar mi camino, darme una gran familia y bendecirla siempre.*

*A mis padres: Vicente y Magdalena, a mi abuelito Gonzalito, a mis hermanos: María José y Vicente, por su amor, apoyo y comprensión. Por la confianza que depositan siempre en mí y por ser mi ejemplo a seguir.*

*A mis tíos: Anita y Gonzalo, Susi y Marcelo, a mis primos: Anita, Gonzalito, Miguel Ángel, Majo y Marce. Que me acogieron durante estos tres años, y han sido la evidencia de que la familia es la mejor muestra de apoyo incondicional, de unión y amor.*

*A mis pacientes quienes son la motivación para lograr esta meta en mi carrera.*

*A mis tutores, por las enseñanzas y acompañamiento brindados.*

*A mis amigas y compañeras del post grado, por ser el apoyo necesario en el día a día del trabajo que realizamos, y por forjar vínculos de amistad que estarán siempre presentes.*

*Sandra*

# RESUMEN

**Título: "**Influencia de los Talleres Recreativos en la Calidad de Vida y Dinámica Familiar de los jubilados que acuden al Centro de Atención Ambulatoria del IESS "Cotocollao" en el periodo Marzo- Abril del 2015"

**Objetivo:** Evaluar la influencia de los talleres ocupacionales en la Calidad de vida y Dinámica Familiar de los Jubilados que acuden al Centro de Atención primaria "Cotocollao" del IESS en el periodo Marzo- Abril del 2015"

**Antecedentes:** El envejecimiento demográfico como fenómeno mundial, plantea retos para promoción de una senectud activa. La jubilación en nuestra sociedad es el hito que sella el inicio de la vejez. El cese laboral marca trascendentalmente la vida del adulto mayor, por lo que mejorar las opciones de ocio productivo (talleres ocupacionales) para este grupo etario es una prioridad en esta etapa del ciclo vital.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal en un universo de 3500 adultos mayores que acudieron en enero del 2015 al CAA "Cotocollao IESS", obteniéndose una muestra de 350 jubilados, que fueron encuestados desde marzo hasta abril del 2015. Se aplicó una encuesta elaborada por las autoras para la obtención de datos demográficos relevantes para la investigación. Se valoró la dinámica familiar con el test FF-SIL y la calidad de vida con el Test COOP-WONCA. Se procesaron los datos en el programa SPSS, y se cruzó las variables para demostrar la hipótesis planteada.

**Resultados:** Los talleres del IESS demuestran una mejoría estadísticamente significativa en la percepción de la salud en general. (OR 3.622 IC 1.58 a 6.22 p 0.000). No se halló asociación entre las demás variables estudiadas.

**Conclusiones:** Los talleres del IESS mejoran la percepción de salud en general, sin embargo no existe relación con las demás variables de calidad de vida ni funcionalidad familiar.

# ABSTRACT

**Title:** "Influence of Recreational Workshops on Life Quality and Family Dynamics of retirees who come to the Ambulatory Care Center IESS "Cotocollao" from March to April 2015"

**Objective:** Evaluate the influence of occupational workshops on Life Quality and Family Dynamics of retirees who come to the Ambulatory Care Center IESS "Cotocollao" from March to April 2015

**Background:** The demographic aging as a global phenomenom, poses challenges to promote an active old age. In our society, the retirement is the limit that seals the starting of the old age. The stop of working marks transcendentally the lives of the elderly, so improving the recreational productive options (occupationa workshops) for this age group is a priority at this stage of life cycle

**Materials and Methods:** A coss-sectional study was conducted in a universe of 3.500 seniors who came to the CAA "Cotocollao" IESS on January 2015. A sample of 350 retirees was obtained and collected from March to April 2015. A survey developed by the authors was applied in order to obtain relevant demographic data for the research, evaluating family dynamics with FF-SIL test and life quality with COOP-WONKA test. Data was processed using SPSS software by crossing variables to demonstrate the posed hypothesis.

**Results:** The IESS workshops show a statistically significant improvement on overall heath perception. (OR 3.622 IC 1.52 a 6.22 p 0.000). Associations among the rest of the studied variables were not found.

**Conclusions:** IESS workshops improve the overall heath perception, however there is no relation with the rest of the variable of life quality and family functionality.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS


1. Capítulo 1.

1.1 Introducción 16

1.2 Justificación 18

2. Capítulo 2.

2.1 Marco Teórico Jubilación. 21

2.1.1 Jubilación. 21

2.1.2 Adultos Mayores en el Ecuador. 23

2.1.3 Calidad de Vida. 25

2.1.4 Impacto de la Jubilación en la Calidad de Vida. 28

2.1.5 Factores que Influyen en la adaptación a la Jubilación. 30

2.1.6 Dinámica Familiar 34

2.1.6.1 Modelo de Olson. 37

2.1.7 Terapia Ocupacional 38

3. Capítulo 3.

3.1 Problema de Investigación. 41

3.2 Objetivos. 41

3.2.1 Objetivo General. 41

3.2.2 Objetivos Específicos. 41

3.3. Hipótesis. 42

3.4 Metodología. 42

3.4.1 Muestra 42

3.4.2 Tipo de Estudio 42

3.4.3 Criterios de Inclusión. 42

3.4.4 Criterios de Exclusión 43

3.4.5 Operacionalización de Variables. 43

3.4.6 Procedimientos de recolección de la Información. 43

3.4.7 Descripción de los Instrumentos Utilizados en la investigación 44

3.4.7.1 COOP-WONCA. 44

3.4.7.2 FF-SIL: 45

3.4.8 Plan de Análisis de Datos. 46

3.4.9 Aspectos bioéticos. 46

4. Capítulo 4.

4.1 Resultados 48

4.1.1 Análisis Univariado 48

4.1.1.1 Análisis Variables Edad. 48

4.1.1.2 Análisis Variables Sexo. 49

4.1.1.3 Análisis Variable Acude a los Talleres del IESS. 49

4.1.1.4 Análisis Variable Domicilio. 50

4.1.1.5 Análisis Variable Tiempo que ha acudido a los Talleres del IESS. 51

4.1.1.6 Análisis Variable Instrucción. 52

4.1.1.7 Análisis Variable Estado Civil. 53

4.1.1.8 Análisis Variable Dinámica Familiar. 54

4.1.1.9 Análisis Variable Actividad Física. 55

4.1.1.10 Análisis Variable Impacto de los sentimientos en la persona 56

4.1.1.11 Análisis Variable Impacto de su salud física y estado emocional en sus actividades sociales. 57

4.1.1.12 Análisis Variable Impacto de su salud física y estado emocional en sus actividades diarias. 58

4.1.1.13 Análisis Variable Percepción de Salud 59

4.1.1.14 Análisis Variable Percepción del Dolor 60

4.1.1.15 Análisis Variable Variación de Salud. 61

4.2 Análisis de Resultados Bivariados 62

5. Capítulo 5.

5.1 Discusión. 69

6. Capítulo 6

6.1 Conclusiones 78

6.2 Recomendaciones 80

7. Bibliografía 82

8. Anexos 86

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Requisitos para la Jubilación ordinaria 22

Tabla N°2: Crecimiento Poblacional en el Distrito Metropolitano de Quito 23

Tabla N° 3: Cruce de Variables Acude a los Talleres Ocupacionales-Calidad de Vida. 63

Tabla N°4: Cruce de Variables funcionalidad familiar – Calidad de Vida. 64

Tabla N°5: Cruce de Variables Sexo-Calidad de Vida – Funcionalidad Familiar. 65

Tabla N°6: Cruce de Variables Edad-Calidad de Vida – Funcionalidad Familiar. 66

Tabla N° 7: Cruce de Variables Instrucción -Calidad de Vida – Funcionalidad Familiar. 67

Tabla N° 8: Cruce de Variables Tiempo Asistido a los Talleres-Calidad de Vida – Funcionalidad Familiar. 67

Tabla N°9: Cruce de Variables Estado Civil- Calidad de Vida – Funcionalidad Familiar. 68

# ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Estado de Adultos Mayores en la seguridad social en el Distrito Metropolitano de Quito. 24

Gráfico N°2: evolución de la pirámide poblacional del Ecuador. 25

Gráfico N°3: Diagrama del modelo conceptual de la OMS Calidad de Vida. 27

Gráfico N°4: Modelo de Olson 38

Gráfico N°5: Tipos de Terapia Ocupacional. 40

Gráfico N°6: Edad del grupo de estudio 48

Gráfico N°7: Sexo de la población en estudio 49

Gráfico N°8: Asistencia de los jubilados a los talleres del IESS. 49

Gráfico N°9: Domicilio de los Jubilados 50

Gráfico N°10: Tiempo de Asistencia a los Talleres. 51

Gráfico N°11: Nivel de Instrucción de los Jubilados en estudio. 52

Gráfico N°12: Estado civil de los Jubilados en Estudio. 53

Gráfico N°13: Resultados del Test FF-SIL. 54

Gráfico N°14: Intensidad de la actividad física Realizada por los Jubilados 55

Gráfico N°15: Grado de Afectación por los sentimientos de los jubilados, 56

Gráfico N°16: Salud Física, estado emocional y su impacto en la actividades sociales de los Jubilados. 57

Gráfico N°17: Influencia de la Salud Física y problemas emocionales en las tareas diarias del Jubilado. 58

Gráfico N°18: Percepción de la salud en general del Jubilado. 59

Gráfico N°19: Percepción del dolor en el grupo en estudio. 60

Gráfico N°20: Variación de la salud en el grupo en estudio. 61

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado.

Anexo 2: Cuestionario elaborado por las autoras (Encuesta).

Anexo 3: Test COOP-WONCA

Anexo 4: FF-SIL.

Anexo 5: Tabla Variable Edad.

Anexo 6: Tabla Variable Sexo.

Anexo 7: Tabla Variable Asistencia a los Talleres Ocupacionales.

Anexo 8: Tabla Variable Domicilio de la población en estudio.

Anexo 9: Tabla Variable Tiempo que ha acudido a los talleres.

Anexo 10: Tabla Variable Instrucción Académica.

Anexo 11: Tabla Variable Estado Civil.

Anexo 12: Tabla Variable Dinámica Familiar.

Anexo 13: Tabla Variable Intensidad de la Actividad Física.

Anexo 14: Tabla Variable Afectación del Jubilado por sus sentimientos.

Anexo 15: Tabla Variable Salud Física, estado emocional y su impacto en la actividades sociales de los Jubilados.

Anexo N°16: Tabla Influencia de la Salud Física y problemas emocionales en las tareas diarias del Jubilado.

Anexo 17: Tabla Variable Percepción de Salud.

Anexo 18: Tabla Variable  Percepción del Dolor.

Anexo 19: Tabla Variable Variación de Salud.

Anexo 20: Operacionalización de Variables

Pontificia Universidad Católica del Ecuado
Facultad de Medicina
Posgrado de Medicina Familiar

Av. 12 de Octubre 10
Apartado postal 1
Fax: 593 – 2 –
Telf: 593 – 2 – 299 17 0(
Quito

Quito 14 de agosto de 2015

# CERTIFICADO DE SIMILITUD

**CERTIFICO** que el trabajo de investigación titulado

"INFLUENCIA DE LOS TALLERES RECREATIVOS EN LA CALIDAD DE VIDA Y DINÁMICA FAMILIAR DE LOS JUBILADOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS "COTOCOLLAO" EN EL PERIODO MARZO- ABRIL DEL 2015"

De las autoras

Angélica Carolina Andrade Ortiz CC # 0603798612
Sandra Eliana Romero Hidalgo CC # 0604099242

Tiene un índice de similitud menor del 10 % usando el programa informático URKUND (http://www.urkund.com)

Atentamente,

Galo Sánchez del Hierro
Médico Familiar
Docente del Postgrado de Medicina Familiar
Docente de pregrado

# 1. CAPITULO I

## 1.1 Introducción

La disminución de la natalidad y el incremento de la expectativa de vida a nivel mundial, han acrecentado dramáticamente la población de adultos mayores, convirtiendo a este grupo poblacional en un eje fundamental de estudio para los médicos de atención primaria.

La jubilación como una crisis normativa dentro de la vida de cada individuo se constituye en un desestabilizador de la dinámica que prima en el núcleo familiar, debido a que para mantener la homeostasis de este sistema se intercambian los roles. Así, el rol de jefe de familia del individuo pasa a otro miembro más de la familia, lo que constituye un factor impactante en la calidad de vida del paciente.

En la época laboral del individuo se establecen redes sociales en su trabajo, familiarmente cumple un rol económicamente productivo y mantiene su tiempo ocupado. Los roles desempeñados posterior a la jubilación dependen de los cambios de la familia, su grupo social y de los proyectos establecidos en el pasado, para de esta manera estabilizar los sistemas que mantienen una adecuada calidad de vida en el individuo.

La calidad de vida ha sido valorada con componentes tanto subjetivos como objetivos. En cuanto a lo subjetivo se refiere al bienestar físico, psicológico y social. Además de la intimidad, expresión emocional, seguridad, productividad personal. La visión objetiva se compone de bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.(1)

En nuestro medio la palabra jubilación se vincula a la vejez y muerte; sin embargo en los últimos años se observa una sobrevida de 20 años post jubilatorios. Por lo que es necesario realizar actividades que vinculen al individuo a redes sociales, actividad física y ocio productivo.

A fines del siglo pasado, en el Ecuador iniciaron los programas de encuentro y recreación para los jubilados, especialmente impulsados en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Estos permitieron la integración de miles de personas a un envejecimiento activo.

Nuestro estudio pretende valorar el impacto que tienen los talleres recreativos del IESS en la calidad de vida y dinámica familiar de nuestros jubilados, para así demostrar la importancia en salud integral que tiene la promoción de los talleres recreativos en la atención primaria.

## 1.2 JUSTIFICACION

“Los adultos mayores son, en una sociedad, los portadores de la memoria social, la manifestación en el presente de su trayectoria de vida y el eslabón vivo y activo entre sus propios abuelos y sus nietos”(2)

La jubilación en nuestro medio tiene estigmas de desempleo, vejez, pobreza. No tiene la concepción de “un momento propicio para dedicarse a actividades que por falta de tiempo no pudieron realizarse antes” como lo cita Nivardo. Dichas actividades han demostrado retrasar el deterioro mental y anímico normal en el envejecimiento; sean intelectuales, culturales o físicas. Las redes sociales conformadas en el trabajo que sustentan la interacción del individuo, no se rompen; al contrario cambian de orientación si la jubilación es bien encaminada hacia un crecimiento participativo en otras actividades distintas a las laborales. (3)

La jubilación, según Víctor Alba, es “el dispositivo burocrático que nos convierte legalmente en ancianos”(3). Al escuchar la palabra ancianos se ligan muchos conceptos como enfermedad, pobreza, desesperanza y muerte.

La transición de trabajador a jubilado es uno de los cambios de mayor relevancia que tiene lugar en los últimos años de vida, no obstante, la gran mayoría de los trabajadores en el ámbito mundial no están aptos para afrontar tal acontecimiento, y perciben este cambio como una transformación súbitamente inesperada.

La calidad de vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada

individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive, como la sociedad, la cultura, las escalas de valores, etc. (4)

Los indicadores de calidad de vida incluyen no sólo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectural, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social.

El IESS está obligado a cumplir con los mandatos constitucionales que aseguran los derechos para el adulto mayor. Por tal motivo se creó el Programa Nacional de Envejecimiento Activo, en donde se organizará desde el Centro de Atención Primaria la información necesaria para fomentar los talleres de cultura física, artesanales y artísticos. Al momento no se cuenta con dichos estudios y peor aún se ha explorado el impacto en la calidad de vida y dinámica familiar de sus miembros.(5)

Nuestro estudio pretende establecer relaciones bivariables entre la terapia ocupacional en jubilados, la dinámica familiar y calidad de vida de los pacientes jubilados que acuden a la unidad de salud del IESS de Cotocollao. Considerando a la familia como un sistema, y cómo un miembro de la misma puede alterarlo. La funcionalidad familiar para mantener su homeostasis es obligada a cambiar de roles y de esta manera adaptarse a este cambio, por lo tanto explorar estas dos características son de vital importancia para mantener la salud integral de cada uno de los miembros de la familia.

Con todos estos antecedentes, aseguramos que es importante explorar la influencia de los talleres ocupacionales del IESS en la dinámica familiar y calidad de vida de nuestros jubilados, y así forjar bases para un tratamiento integral del adulto mayor.

Esto incluye salud, actividades sociales, dinámica familiar, actividad física y mantenimiento de sus habilidades cognitivas-conductuales.

# 2. CAPÍTULO II

## 2.1 Marco Teórico Jubilación

### 2.1.1 Jubilación

La jubilación es una etapa del ciclo vital que socialmente se ha instituido desde finales del siglo XX con la industrialización, surgimiento de los sindicatos y del establecimiento del sistema de pensiones y seguridad social.

Desde el punto de vista social y profesional, la jubilación es la situación a la que pueden acceder las personas que, atendida la circunstancia de la edad, cesaron voluntaria o forzosamente su trabajo profesional por cuenta ajena o por cuenta propia. Es el término del desempeño de tareas laborales remuneradas, a causa de la edad.(6) Sin embargo, se debe tomar en cuenta como una decisión de carácter normativo que nos obliga a interrumpir nuestra actividad laboral remunerada.(7)

Según la Real Academia de la Lengua, Jubilar significa: "Disponer que, por razón de vejez, largos servicios o imposibilidad, y generalmente con derecho a pensión, cese un funcionario civil el ejercicio de su carrera o destino".(8)

En nuestro país el IESS es la institución encargada de jubilar a los trabajadores. Los requisitos para acceder a la misma se exponen en el siguiente cuadro:

**Tabla N°1: Requisitos para jubilación ordinaria**

| EDAD | IMPOSICIONES | AÑOS DE APORTACIÓN |
|---|---|---|
| Sin límite de edad | 480 o más | 40 o más |
| 60 años o más | 360 o más | 30 o más |
| 65 años o más | 180 o más | 15 o más |
| 70 años o más | 120 o más | 10 o más |

**Fuente:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (9)

La jubilación fue establecida para asegurar el mínimo sustento a quienes no podían ganarlo por la pérdida de facultades, por lo que pronto se equiparó la jubilación a la vejez. Hoy en día la esperanza de vida y de las condiciones socioeconómicas y sanitarias han hecho que la jubilación no sea el comienzo de la vejez, pues la gran mayoría de jubilados están física y mentalmente competentes, con un promedio de sobrevida pos jubilatorio de 20 años.(10)

La cotidianidad y la rutina de un individuo, su entorno y desarrollo en la sociedad, se ven truncados en el momento de la jubilación. Cuando la misma no ha sido planificada correctamente, el tiempo libre sin una actividad prevista se traduce en angustia y desesperación para el individuo. Se plantea entonces indispensables los cursos de preparación para la jubilación que tienen como objetivo adaptar al individuo a la nueva situación de jubilado, reduciendo los sentimientos de frustración y promocionando una mayor motivación para realización de actividades extra laborales (7)(11).

### 2.1.2 Adultos Mayores en el Ecuador

La disminución de la natalidad y el incremento de la expectativa de vida, se ven reflejados en el incremento de la población de adultos mayores a nivel mundial, fenómeno conocido como envejecimiento demográfico. Así la jubilación, antes catalogada como el fin de la vida, hoy constituye un paso a la última etapa en el ciclo de la humanidad.(10)

Los adultos mayores son para la sociedad los portadores de la memoria social, la manifestación en el presente de su trayectoria de vida y el eslabón vivo y activo entre sus propios abuelos y sus nietos. A pesar de estas fortalezas, son un grupo etario que requiere protección y cuidado por parte de la familia, la comunidad y el Estado debido a su condición de vulnerabilidad.(4)

Según el Censo de Población y Vivienda 2010, la población ecuatoriana asciende a 14,5 millones, de los cuales 1,3 son personas mayores de 60 años, es decir, el 9,3% de la población total del país. De estos el 45% son hombres y el 55% mujeres, hecho que tiene que ver con una esperanza de vida mayor entre las mujeres: 78,7 años frente a 72,7 años para los hombres.(12)

Tabla Número 2: Crecimiento poblacional del Distrito Metropolitano de Quito

| Años del Censo | Adultos Mayores | % | Resto de la Población | % | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1990 | 89.213 | 6,3 | 1.320.632 | 93,7 | 1.409.845 | 100 |
| 2001 | 154.380 | 8,4 | 1.685.473 | 91,6 | 1.839.853 | 100 |
| 2010 | 205.639 | 9,2 | 2.033.552 | 90,8 | 2.239.191 | 100 |

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010
Elaboración: Instituto de la Ciudad

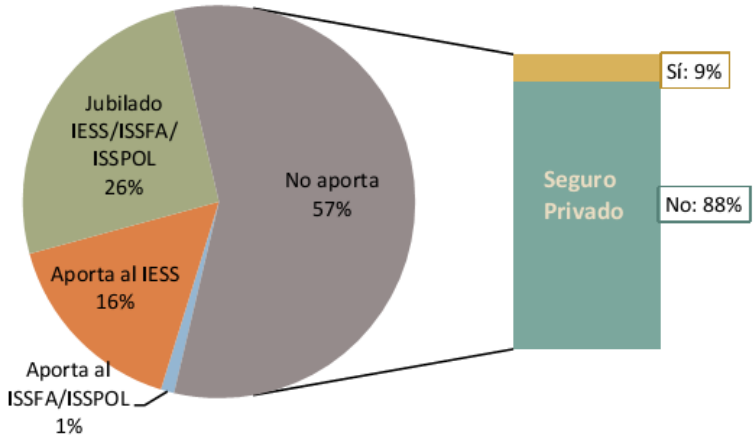
Tomado de: INEC Fascículo Pichincha (13)

En el Distrito Metropolitano de Quito, en censos previos se observa un incremento de adultos mayores de 6.3% en 1990 a 9.2% en el 2010. En las proyecciones poblacionales del INEC al 2020 se estima que los adultos mayores representarán algo más del 14% de la población del DMQ.(12)

En cuanto al entorno familiar, un 59% de los adultos mayores son jefes de hogar y un 22% son cónyuges del jefe de hogar, mientras que apenas el 11% vive con sus hijos y/o yernos o nueras. Esto muestra que la gran mayoría de adultos mayores –más del 80%- no dependen de terceros en el hogar. (4)

Con respecto a la afiliación a la Seguridad Social, un 17% de adultos mayores aporta al seguro del ISSFA, ISSPOL o al IESS; un 26% es jubilado de uno de estos seguros y un 57% no aporta. Es decir que apenas el 43% de los adultos mayores se encuentran protegidos por la Seguridad Social. (12)

Gráfico N° 1: Adultos Mayores con Seguridad Social en el Distrito Metropolitano de Quito



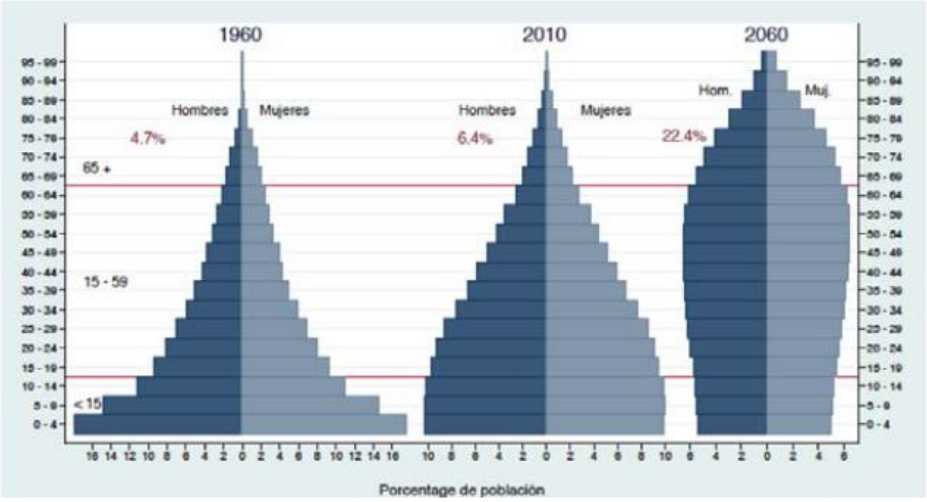

Fuente: Patronato Municipal San José

Elaboración: Instituto de la Ciudad

Tomado de: INEC Fascículo Pichincha (13)

En las proyecciones de la población planteadas por el INEC para los próximos años, se puede observar una inversión de la pirámide poblacional. Con una disminución de los grupos jóvenes y un incremento en la proporción de los adultos mayores.

Gráfico N° 2: Evolución de la pirámide poblacional del Ecuador.




Fuente: CEPAL, Proyecciones de la Población

Elaboración: INIGER MIES 2011

Tomado de: INEC Fascículo Pichincha (13)

### 2.1.3 Calidad de Vida

A lo largo de la historia, los investigadores intentan dar una definición clara de la calidad de vida.

Borthwick-Duffy en 1992, establece una definición categórica. Los determinantes principales para conceptualizar este término son las condiciones de vida, equivalente a la suma de las variables de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación.(14).

Sin embargo, muchas veces se ha demostrado que, a pesar de tener las mejores condiciones de vida, especialmente en países desarrollados, el bienestar subjetivo de las personas no es el mismo.

Por lo tanto se considera una segunda variable, añadida a las condiciones de vida, que es la satisfacción personal. Esta supone al individuo con la capacidad de abstraerse de su contexto económico, social, cultural, político o incluso de su propio estado de salud, para lograr sus objetivos de vida.(14)

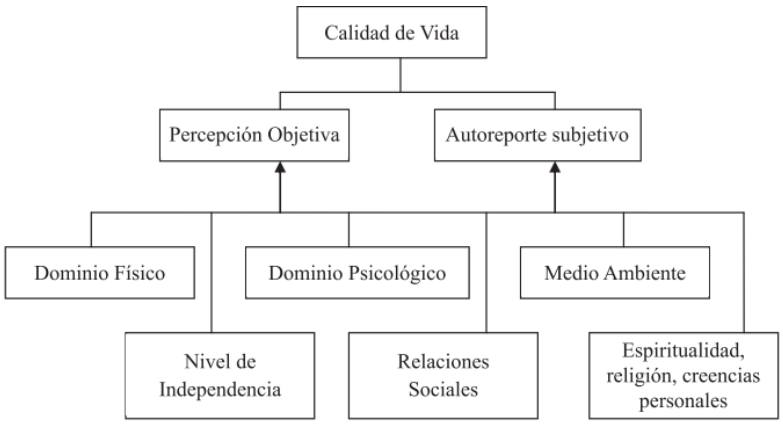
Desde esta perspectiva, la calidad de vida medida objetivamente con las condiciones de vida mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, añadidos a los sentimientos subjetivos de satisfacción vital, pueden ser reflejados en el bienestar general.(14)

Así, Ardilla da una definición integral de la calidad de vida: "«Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida»"(1).

El año 1995, Felce & Perry agregan los valores personales, aspiraciones y expectativas, al modelo antes planteado. Estiman que la realización personal influye determinantemente en el bienestar general de la persona.(14)

En 1995 ante la diversidad de conceptos planteados, la OMS propone el diagrama conceptual de la calidad de vida:

Gráfico N°3: Diagrama del modelo conceptual de la OMS Calidad de Vida




Tomado de OMS (14)

La OMS define a la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".(14)

En base a los conceptos antes mencionados, podemos concluir que la calidad de vida es multidimensional, con componentes subjetivos y objetivos. Es la sensación de bienestar físico, emocional, satisfacción vital y realización personal.

### 2.1.4. Impacto de la Jubilación en la calidad de vida

Menciona Escarbajal en el 2012: El día antes de cumplir los 65 años, un trabajador aporta a la sociedad su obra y su valor; el día después se convierte en uno de los que dependen de la sociedad (10). La desvalorización de los adultos mayores es un problema generalizado, ya que hoy en día la experiencia no es considerada como una cualidad del sujeto. Esta se ha reemplazado por los estudios y la preparación de las personas jóvenes, creando un clima de inseguridad e incrementando la depresión en los jubilados y jubiladas.

El proceso adaptativo a esta fase del ciclo vital, han sido descritas por varios autores.

Atchley, en 1975, distingue las siguientes etapas:

1.- Prejubilación: es la preparación a la jubilación, fantasías anticipatorias que el trabajador construye mientras se encuentra activo.

2.- Jubilación: cuando ya se ha efectuado el retiro laboral, el trabajador puede tener tres actitudes posibles. Euforia y liberación, ya que ha abandonado sus obligaciones laborales (luna de miel). Simple continuidad de sus actividades de ocio previas con más tiempo disponible para ellas. Un periodo de relajación y descanso.

3.- Desencanto: es el despertar a la realidad como jubilado, que no corresponde a las fantasías elaboradas en la prejubilación.

4. Reorientación: se asume y construye la realidad, abandonando fantasías surrealistas. Adaptándose a las condiciones nuevas de la jubilación, con sus limitaciones sociales y económicos.

5. Estabilidad: La adaptación al nuevo rol de jubilado ha culminado con el bienestar del individuo en su nueva realidad.(7)

Agulló-Tomás, en el 2001, establece las actitudes que el individuo puede adoptar en torno a la jubilación:

1. Rechazo hacia la jubilación. En ocasiones por una sobrevaloración a la vida laboral, sentimiento de vacío, ya que no se puede mantener el estatus previo a la jubilación. La fuerte asociación existente ente jubilación y envejecimiento, y este con la muerte influye decisivamente dicho rechazo.

2. Aceptación de la jubilación como una etapa inevitable.

3. Liberación, un premio por los años trabajados, con el riesgo de desarrollar apatía y aburrimiento por la falta de expectativas, proyectos y actividades con las que llenar el tiempo libre.

4. Percibir la jubilación como una oportunidad significa que la persona desea desligarse de la vida laboral para la realización de proyectos, viajes, ocio productivo, que no pudieron ejecutarse por dedicar la mayoría del tiempo al trabajo.

5. Por último, el jubilado puede mantener varias de las actitudes mencionadas, generando ambivalencia.(7)(15)

Así, la jubilación desencadena varias reacciones. El principal impacto se ha observado en los hombres, quienes disminuyen su estatus socioeconómico y tienen riesgo de depresión, tristeza, soledad, estrés. Las mujeres por el contrario, se han catalogado como hogareñas, ya que encuentran actividades en su hogar que suplen la

actividad laboral cotidiana. Los varios roles desempeñados a diario por las mujeres son un factor protector ante la crisis de la jubilación.

### 2.1.5 Factores influyentes en la adaptación a la jubilación

a) Género: Con las diferencias entre géneros antes mencionadas, es más adaptable la mujer a esta nueva etapa. Las mujeres han demostrado reportar niveles ligeramente más bajos de satisfacción con la vida que los hombres.(15)

b) Estado civil y formas de convivencia: las personas con pareja estable se adaptan más fácilmente a la jubilación.

c) Categoría laboral: generalmente las personas con ocupaciones más altas expresaban más razones positivas ante la jubilación.(16)

d) Apoyo social: las redes de apoyo social favorecen de manera positiva la adaptación y satisfacción en la jubilación.

e) Ingresos económicos: el percibir una pensión digna, y si existió un aseguramiento previo a la jubilación como dinero propio del individuo, mejora sustancialmente la satisfacción en el jubilado.

f) Salud: Una buena salud puede influir en una mejor adaptación a la jubilación.

g) Nivel educativo: a mayor nivel educativo mejor adaptación.

h) Variables de personalidad.

i) Planificación y forma en la que tiene lugar la jubilación; inesperada, por enfermedad, etc.(7)(15)

En este momento debemos estar alerta para intervenir en todos aquellos aspectos que estén a nuestro alcance con objeto de evitar crisis, depresiones, estrés y situaciones de tristeza, de soledad y, en general, de abandono. (11)

En cuanto a la salud, se ha visto un incremento de la morbimortalidad en el primer año posterior a la jubilación, por los efectos sociales y sicológicos negativos antes mencionados.(7)

Los pasatiempos previos a la jubilación son factores protectores para un cambio de vida satisfactorio. Es decir, las personas que desarrollaron algunos intereses de ocio antes de la jubilación pueden mostrar cambios positivos con respecto a la satisfacción de vida durante la transición de actividad laboral a jubilación. (15)

Además se ha demostrado que una actividad física diaria de 30 a 40 minutos mejora significativamente la calidad de vida en la jubilación. (17)

Mientras más alto es el nivel jerárquico laboralmente se evidencia una relación proporcional a la calidad de vida posterior a la jubilación, teniendo en cuenta el impacto de la situación socioeconómica y salud en general.(16)

Psicológicamente se detectan problemas de ajuste personal, de integración y de pérdida de sentido de la identidad. Una personalidad basada todo el tiempo en la profesión, sobre todo en los hombres, es muy común, y ante el abandono de su actividad laboral fluyen los trastornos de personalidad y trastornos del sueño. (7)

Entre los conflictos interrelaciones podemos encontrar los surgidos con la familia, amigos, vecinos, etc., como consecuencia de la nueva situación de jubilado. La interacción más frecuente con la familia es donde habitualmente existen conflictos.

El rol de cuidar a sus nietos puede cuestionar la forma de crianza orientada hacia los niños o niñas, y además pueden adoptar una postura de control y autoridad. (10)

El rol de abuelo dentro de la familia marca al jubilado como una persona inútil, y los demás miembros pueden tomar acciones para solucionar situaciones que el adulto mayor debería hacerlas. El desconocimiento de cómo afrontar los nuevos roles del jubilado o jubilada podría privarlos de la posibilidad de ser activos y participativos según sus intereses vitales.

La invasión del espacio de las amas de casa a sus esposos obliga a planificar tareas, tiempo y relaciones en el hogar para evitar conflictos entre parejas. Aceptar las pérdidas y compensarlas si es posible, da mayor equilibrio a la vida. Sin embargo, en la jubilación se tiene la sensación de que las pérdidas son irreparables, lo que conlleva a situaciones estresantes, a la disminución del autoestima y desvalorización de la autoimagen.(10)

Se ha observado que la actividad física provoca liberación de endorfinas, lo que causa una disminución de las presiones cotidianas en los individuos, creando un hábito de buen vivir. Un estudio realizado en mujeres jubiladas postula que el ejercicio crea beneficios en las interacciones sociales y además sugiere mejoría en el bienestar mental (18).

Como escribe García (2008): vivir una buena jubilación requiere aceptación, asimilación y afrontamiento positivo.(10)

Sobre los aspectos positivos de la jubilación, se habla de dos grandes ventajas en esta situación socio personal: descenso del estrés y aumento de la estimulación intelectual. Más del 50% afirman que la jubilación es mejor de lo que esperaban,

sobre un 25% dicen que es más o menos como esperaban y sólo un 19% dice que la jubilación es peor de lo esperado. Indirectamente sí pueden ser útiles (lo están siendo) aportando socialmente y apoyando familiarmente en la educación de los nietos.(10)

Es cuestión de la sociedad ofertar espacios de desarrollo para los jubilados, ya que la medicina ha prolongado la vida. Las políticas o acciones tomadas para garantizar el bienestar de este grupo deberán asegurar una buena calidad de vida en los años prolongados.

Las personas se jubilan y se retiran del mundo laboral, pero no se retiran ni se jubilan de la vida. Existen abiertas tantas actividades y posibilidades como seamos capaces de descubrir y emprender.

Ken Dychwald, autor del conocido AgePower dice en sus líneas: "La buena noticia es que las personas tienen ahora una jubilación larga, satisfactoria y excitante. La mala noticia es que muchos de ellos jamás disfrutarán de todo su potencial durante esta fase de la vida por culpa de una planificación inadecuada" (Zelinski,2003:22-23)

Por ello, la preparación para la jubilación ha de estar vertebrada en torno a tres ejes al menos: la alternativa al tiempo de trabajo, la reflexión personal y la información - formación.

En los adultos mayores se refleja la sabiduría, experiencias y conocimiento histórico de toda una sociedad. Todos ellos durante su vida generaron proyectos y metas, que tuvieron sus resultados en sus familias y grupos de interacción. Por tal motivo, al momento de la jubilación se deberán plantear nuevos objetivos o modificar los ya construidos, para que toda su experiencia tenga vigencia al momento del cambio.

Para ello se deberán adoptar políticas públicas desde el Estado, y apoyo de la familia para asegurar un envejecimiento activo.(4)

### 2.1.6 Dinámica Familiar

"La familia es un sistema de interrelación bio-psicosocial entre los individuos que la integran y la sociedad en la que se desenvuelve. Sus integrantes se encuentran unidos por vínculos de consanguinidad, matrimonio o adopción." Definición Según Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008). (19)

Liveira, Eternod y López (en García, 1999) señalan que la dinámica familiar constituye un conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto, que se van a establecer en el núcleo de las familias orientadas en el ámbito de división del trabajo y toma de decisiones.(20)

De este modo podemos decir que es un núcleo en donde interactúan varios componentes: sentimientos, conductas, expectativas, motivaciones y necesidades de sus integrantes. Todo este proceso se efectuará en un contexto dinámico establecido según cada etapa evolutiva de la familia, que por consiguiente permitirá el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.(21)

Así podemos ampliar nuestra visión acerca del enfoque de familia y su dinámica dentro de un proceso multidisciplinario. Aquí intervienen varios aspectos y características tanto externas como internas dentro del círculo familiar, los que interactúan entre si proporcionando los cambios de la dinámica familiar dentro del contexto y etapa del ciclo vital, que se desarrollan tanto a nivel individual de sus miembros y como grupo familiar.

Existen características propias dentro del núcleo familiar, las que confluyen sincrónicamente y son participes de sus modificaciones. Entre ellas podemos citar:

La comunicación. Es el intercambio de pensamientos, emociones y sentimientos de los miembros del grupo familiar. Migaña en el 2006, afirma que la comunicación permite al ser humano expresarse e interactuar con sus semejantes, y esto potenciará el desarrollo individual, cultural y social de los diferentes grupos mientras exista una retroalimentación e intercambios de ideas, sentimientos y deseos. (19)

Otro punto central dentro de la dinámica familiar es el afecto. Bowlby (1990) manifiesta que el intercambio afectivo es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, el mismo que al sentirse amado, respetado y reconocido incrementará su satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar. (19)

La autoridad dentro de la familia es conceptualizada como el ejercicio del poder dentro de un grupo familiar. Es una característica importante de su dinámica, pues es la facultad que tiene una persona para orientar y determinar conductas dentro de un grupo. (22)

De esta manera observamos cómo todo tipo de relación humana se encuentra ligada a intercambios de poder que tienen que ver con la coherencia y obediencia, y aún más en el grupo de personas que constituyen una familia. Se deben trazar reglas dentro de este núcleo y así mejorar sus funciones e interacciones dentro de la sociedad y familia.

Los roles dentro de un sistema familiar son una importante característica de su dinámica, e influyen directamente en la misma y en cada uno de sus miembros. Hay

autores que aseguran que estos roles son asumidos por el género, ya que se cree al hombre como proveedor de la familia y a la mujer como administradora y cuidadora del hogar y sus hijos.

La dialéctica social influye directamente en la interacción familiar, y estos cambios se reflejan en los roles de cada uno de los integrantes, ya que existe una connotación distinta con respecto al desempeño laboral de la mujer y el trabajo compartido con el hombre dentro del hogar. Esta caracterización de cada una de las actividades permite instaurar reglas, normas y valores en los integrantes de la familia, para así funcionar como grupo y adaptarse al medio.(20)

Durante el desarrollo evolutivo de la familia pueden existir múltiples cambios que van afectar tanto su estructura como su dinámica y de esta manera su correcto funcionamiento. Aparecerán las crisis familiares que pueden alterar las capacidades que tiene una familia para afrontar cada una de estas eventualidades o bien permitirá a las mismas adaptarse al cambio.

Minuchin (1982) considera que la familia es un sistema que se transformará a partir de la influencia de los elementos externos que alteraran su estructura y así modifican la dinámica interna. (23)

En atención primaria se han realizado estudios sobre dinámica familiar, los que señalan que los factores que afectan a esta dinámica son: el cambio de roles dentro de la familia y las crisis, sean estas normativas o no. (24)

### 2.1.6.1 Modelo De Olson.

Es un modelo de característica circumfleja que nos ayuda a comprender el funcionamiento de una familia. En este modelo se pueden apreciar cinco funciones básicas que son:

1.- Apoyo mutuo, el mismo que se da en todos los aspectos de la vida cotidiana, manteniendo siempre la interdependencia y roles de cada uno de sus miembros. (25)

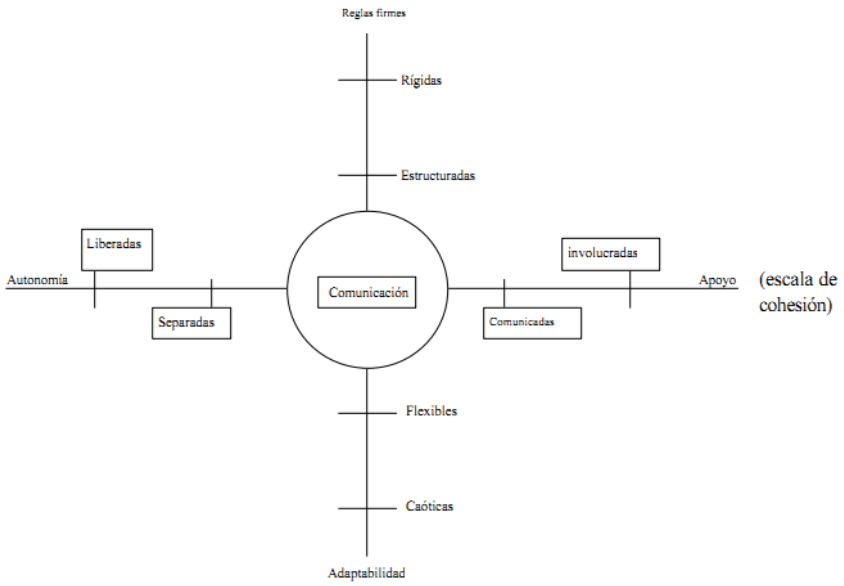
2.- Autonomía e independencia. Basadas en el establecimiento del sentido de identidad de cada uno de los miembros mientras van asumiendo roles.

3.- Reglas. Dentro de un sistema se deben crear límites, los mismos que deben ser firmes pero dar paso a la flexibilidad en caso de ser necesario. (26)

4.- Adaptabilidad a los cambios de ambiente. La familia como sistema debe adaptarse ante los cambios tanto intrínsecos como extrínsecos que se presenten en su entorno. (25)

5.- La familia se comunica entre sí, y para ello debe existir una adecuada funcionalidad de los canales de comunicación. La comunicación verbal y no verbal se ve explicita en la resolución de problemas. (17)

Gráfico N° 4: Modelo de Olson




Tomado de: (25)

Este modelo nos permite evaluar no solo la dinámica familiar, sino también identificar problemas que se pueden presentar en su entorno y así analizar posibles soluciones.

### 2.1.7 Terapia Ocupacional

"La terapia ocupacional es el uso de terapias y actividades de autocuidado que estén relacionadas con el trabajo y juego, que tienen como finalidad mejorar la dependencia, el desarrollo y prevenir la discapacidad". Esta definición es propuesta por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) desde 1986(27).

Puede incluir en su estructura el ajuste de tareas cotidianas y recreativas, tanto de trabajo físico, intelectual o manual, las mismas que deberán desarrollarse en un ambiente adecuado para el adulto mayor. Estas tienen como finalidad lograr una

mejor calidad de vida y facilitar la independencia de los individuos que la practican.(27)

La naturaleza ocupacional es una de las características que identifica a la especie humana, pues desempeña un papel imprescindible en la vida de las personas. Por esta razón, varios autores señalan que es necesario participar en actividades creativas, productivas y lúdicas, ya que estas servirán para que los individuos se desarrollen en varios ámbitos de la vida cotidiana, y así mantener una perspectiva de manejo independiente y proactiva. (27)

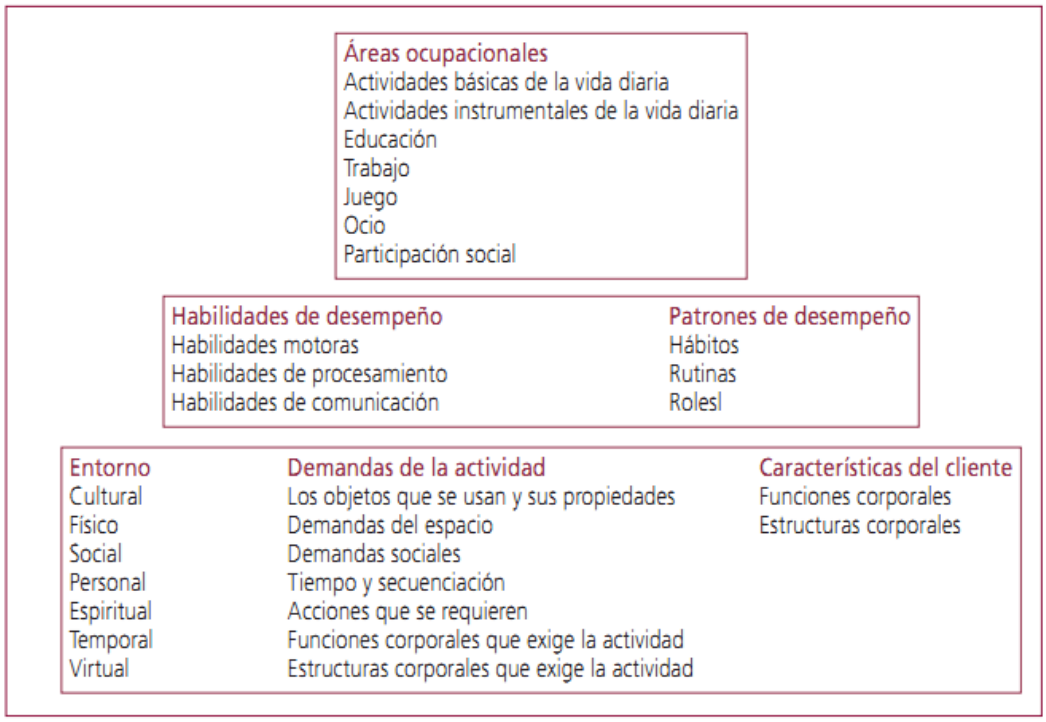
Hay que tomar en cuenta que los adultos mayores presentan un sentido de aislamiento y soledad, pues existen perdidas de contactos sociales, partida de los hijos del hogar, muerte de su pareja, que constituyen hechos que provocan un cambio en su perspectiva. Se modifican así los roles dentro del hogar en cuanto al desempeño de actividades, y se generan un sentimiento de pérdida. Esto podría solventarse o modificarse según el tipo de ocupación en la que ellos se desenvuelven al llegar a esta etapa, y así sentirse útiles y ampliar su círculo social.

Cabe recalcar que una gran cantidad de adultos mayores han interactuado en un ambiente en el que el trabajo era el único medio y fin de sus vidas. Han crecido utilizando su tiempo sin planteamientos, y este estilo de vida ha delimitado su realidad y en la vejez se encuentran sin habilidades para utilizarlo. Para las personas de 65 y más años, el tiempo libre es una cuestión menos importante en sus vidas que para el resto, sin embargo son los que más disponen de él.(27)

Existen diferentes áreas para realizar terapia ocupacional. En el adulto mayor se puede iniciar con actividades de la vida diaria, además de trabajos instrumentales,

educación, juego y ocio que nos lleven a un panorama de participación social. Se debe tomar en cuenta la demanda de los pacientes, el entorno donde se desempeñan, la capacidad física y habilidades para evaluar la actividad ocupacional en la que se pueden desenvolver.

Gráfico N°5: Tipos de Terapia Ocupacional




FUENTE: Guía de Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, (27)

# 3. CAPÍTULO III

## 3.1 Problema de Investigación

¿Cómo influye la terapia ocupacional en la calidad de vida y dinámica familiar de los jubilados que acuden al Centro de Atención Primaria "Cotocollao" del IESS en el periodo marzo-abril del 2015?

## 3.2 Objetivos:

### 3.2.1 Objetivo General:

Evaluar la influencia de los talleres ocupacionales en la calidad de vida y dinámica familiar de los jubilados que acuden al Centro de Atención Primaria "Cotocollao" del IESS en el periodo marzo-abril del 2015"

### 3.2.2 Objetivos Específicos:

1.- Analizar de qué forma las actividades realizadas en los centros ocupacionales del IESS han transformado la calidad de vida de los Jubilados que acuden al Centro de Atención primaria "Cotocollao"

2.- Explorar la dinámica de las familias de los Jubilados en estudio.

3.- Comparar los resultados obtenidos con los instrumentos de evaluación aplicados y establecer las diferencias entre los grupos de jubilados que acuden o no a talleres ocupacionales.

### 3.3 Hipótesis

Los jubilados y jubiladas que acuden a los Talleres Recreativos en el Centro del IESS de “Cotocollao” tienen una mejor calidad de vida y dinámica familiar que aquellos que no acuden a estos talleres.

### 3.4 Metodología

#### 3.4.1 Muestra:

Se realizó un cálculo de muestra con un porcentaje de error del 5%, y nivel de confianza del 95%, con un tamaño muestral de 3500 adultos mayores, tomado del universo de consultas durante el mes de enero del 2015. Se obtuvo una muestra de 347 encuestados.

#### 3.4.2 Tipo de estudio:

Se realizará un corte transversal, no experimental, multivariado, estableciéndose las relaciones de asociación causales y de efecto.

#### 3.4.3 Criterios de Inclusión

Pacientes adultos mayores de 60 a 75 años, sean hombres o mujeres, que acuden a la consulta externa del Centro de Atención Ambulatoria del IESS “Cotocollao”.

Pacientes jubilados y jubiladas que acuden al Centro de Atención Ambulatoria del IESS “Cotocollao”, que participen o no en a las terapias recreativas del IESS.

Voluntad de participar en las encuestas.

Pacientes alfabetos para la comprensión del test aplicado.

### 3.4.4 Criterios de Exclusión.

Pacientes jubilados por enfermedades catastróficas.

Pacientes jubilados con diagnóstico de enfermedad orgánico o mental que cause dependencia o discapacidad total para responder la encuesta.

Cuestionarios incompletos.

Negativa para participar en el estudio.

### 3.4.5 Operacionalización de Variables: Ver anexo 20

### 3.4.6 Procedimientos de Recolección de la Información

Posterior a la aprobación del consentimiento informado de cada paciente (ver Anexo 1), conscientes del objetivo de la investigación, se recolectaron los datos mediante la aplicación de un cuestionario de indagación y los test FF-SIL y COOP-Wonca, los cuales fueron aplicados directamente a los jubilados que se encontraban en la sala de espera de la consulta externa del Centro de Atención Ambulatoria del IESS "Cotocollao", respetando los criterios de inclusión y exclusión, y además sin interferir con las actividades de funcionamiento de la institución.

La duración aproximada de cada Test fue de 7 a 10 minutos. El proceso de recolección de datos se realizó desde marzo hasta abril.

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

1.- Construcción del cuestionario y selección de instrumentos validados para la evaluación de la calidad de vida y dinámica familiar, de fácil entendimiento y aplicación para este grupo etario.

2.- La prueba piloto se realizó previo el inicio de la recolección de datos. Tomamos como base 10 encuestas y las ejecutamos con los jubilados/as que acuden a los Talleres Recreativos del IESS en la matriz de la Avenida Naciones Unidas, al norte de Quito, las mismas que fueron tomadas al azar en horas de la tarde, previa a la realización de sus actividades de recreación, y con la debida autorización de los participantes y administrativos de la institución, sin que ello implique ningún costo ni alteración del funcionamiento normal de la institución. Esta actividad nos permitió corregir ciertas falencias que impedían el correcto entendimiento por parte de nuestra población objetivo, como el tiempo de aplicación, tamaño de viñetas, y demás obstáculos en la forma de los test.

3.- Posteriormente, previa la autorización del Director del Centro de Salud de Cotocollao, se procedió a la aplicación del cuestionario y test hasta lograr la recolección de la muestra calculada en base al universo planteado.

### 3.4.7 Descripción de los instrumentos utilizados en la investigación.

Los datos demográficos de importancia para la investigación fueron recolectados con un cuestionario elaborado por las investigadoras previa la aplicación de los test.

#### 3.4.7.1 COOP-WONCA: (Ver Anexo 2).

El cuestionario fue desarrollado originalmente por un grupo de médicos de atención primaria en The Darmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project)(28)

Está diseñado explícitamente para su uso en atención primaria. Consta de viñetas que representan cada una de las esferas que conforman la calidad de vida de nuestro paciente. Son de fácil y rápida aplicación. La información visual es rápidamente

procesada e integrada, además de propiciar una participación más atractiva y agradable. Las viñetas generan información válida y reproducible cuando se administran adecuadamente, y producen similares resultados que otras medidas ya ampliamente validadas, además se correlacionan en la dirección esperada con variables clínicas y socio-demográficas.(29)

Los objetivos son: a) Proporcionar datos válidos y fiables en las principales dimensiones de funcionamiento: físico, mental y social. b) Adaptarse fácilmente a la rutina diaria de recogida de datos desarrollada en la consulta. c) Ser aplicable a pacientes con una gran variedad de problemas y diagnósticos, como los que se presentan en atención primaria. d) Poseer un alto grado de validez aparente y ser aceptada ampliamente por médicos y pacientes. e) Producir unos resultados de fácil interpretación. f) Facilitar una información de utilidad clínica.(29)

**3.4.7.2 FF-SIL: (Ver Anexo 3)**

Valoramos la funcionalidad familiar con el test FFSIL, que es un instrumento construido con la finalidad de evaluar la funcionalidad familiar. Fue una propuesta realizada por una psicóloga cubana y validada en la población latinoamericana en el año 1994.

El test se estructura por siete variables, las mismas que son: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad. Es decir, consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia. Para cada una de las variables existe una escala de 5 respuestas cualitativas, y éstas a su vez tienen una escala de puntos.

La valoración de este test es la siguiente: De 70 a 57 puntos familia funcional, de 56 a 43 puntos familia moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos familia disfuncional, y de 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional.

De esta manera se valora el funcionamiento familiar que implica todos los factores que se evalúan de manera objetiva. El instrumento puede ser aplicado al paciente, también se lo debe aplicar a un miembro de la familia, preferentemente al jefe del núcleo o al miembro que tenga estrechos lazos de afectividad o consanguinidad con el miembro, o los miembros que produzcan el desequilibrio en la dinámica relacional del grupo familiar.(30)

### 3.4.8 Plan de Análisis de Datos

Con los datos obtenidos se realizó una base de datos con el programa IBM SPSS Statistics 20, posterior a lo cual se analizaron las variables cualitativas por porcentajes y frecuencias. Las variables cuantitativas se aplicaron media y mediana. Se realizó en análisis descriptivo para la exploración de dichas variables. Para su análisis estadístico se dicotomizó las variables, facilitando así los cruces. Se estableció como medida de asociación el Odds Ratio validando su significancia estadística con el valor de p menor a 0.05.

### 3.4.9Aspectos Bioéticos

Se considera una investigación sin riesgo pues los participantes nos aportan datos mediante las encuestas mencionadas sin provocar daños físicos ni mentales en los mismos. El procedimiento de investigación fue basado en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que postula los principios éticos para las

investigaciones médicas en seres humanos. Además se solicitó el consentimiento informado indicando los objetivos de la investigación.

Durante la realización de esta investigación no han surgido conflictos de interés.

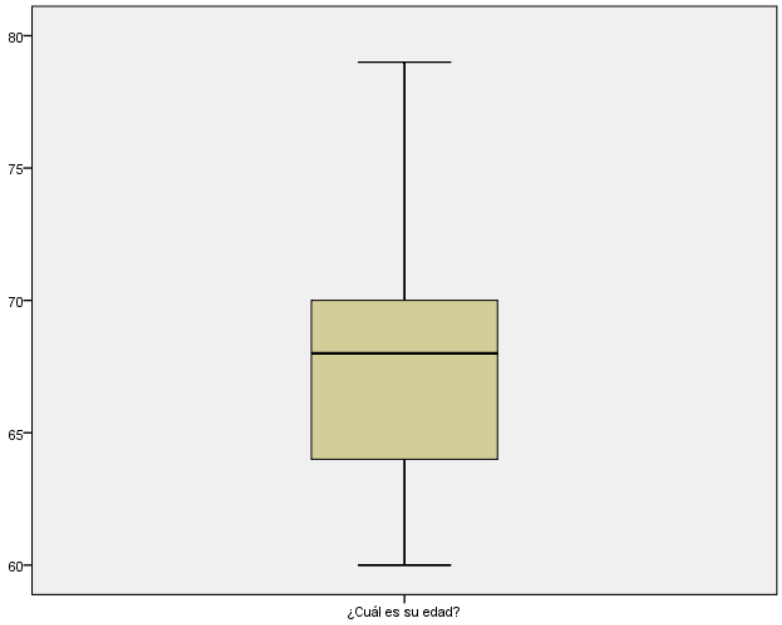
# 4. CAPÍTULO IV

## 4.1 Resultados

### 4.1.1 Análisis Univariado

#### 4.1.1.1 Análisis Variable Edad: Ver tablas Anexo 5.

**Gráfico:** Nº6
Edad del grupo de estudio.



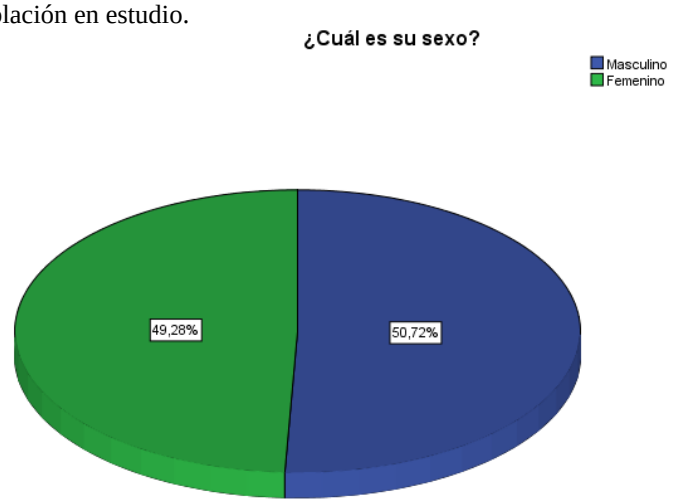

**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

Se realizó un cálculo de muestra con un porcentaje de error del 5%, nivel de confianza del 95%, con un universo de 3500 adultos mayores que acudieron en el mes de enero al Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao, con una edad de 60 a 70 años, entre hombres y mujeres. Se obtuvo una muestra de 347 encuestados, de los cuales podemos apreciar en el box plot que la media se encuentra en la edad 68 años, con una moda de 65 años (cuartil 25), teniendo una tendencia hacia la izquierda, con un grupo de estudio que se encuentra dentro de las edades esperadas en el los criterios de inclusión de nuestro estudio.

### 4.1.1.2 Análisis Variable Sexo: (Tabla ver Anexo 6)

**Gráfico:** Nº7
Sexo de la población en estudio.



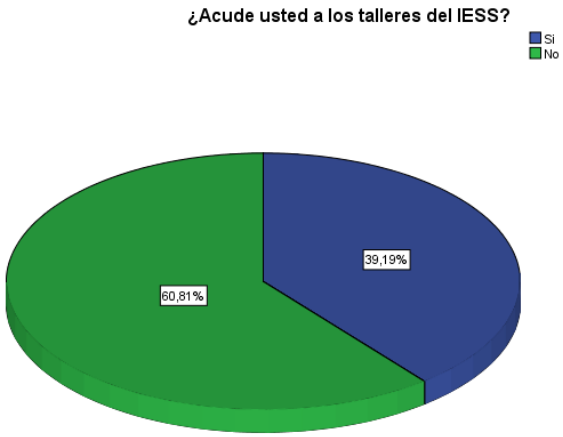

**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

Apreciamos en el pastel que la muestra tomada constituye un grupo homogéneo en cuanto al sexo, ya que las proporciones son casi igualitarias, a pesar de que la muestra se tomó al azar. Nos permitirá establecer las diferencias en la calidad de vida y dinámica familiar de acuerdo al género con otras variables.

### 4.1.1.3 Análisis de variable: Acude a talleres del IESS (Tabla ver Anexo 7)

**Gráfico:** Nº8
Asistencia de los jubilados a Talleres del IESS.



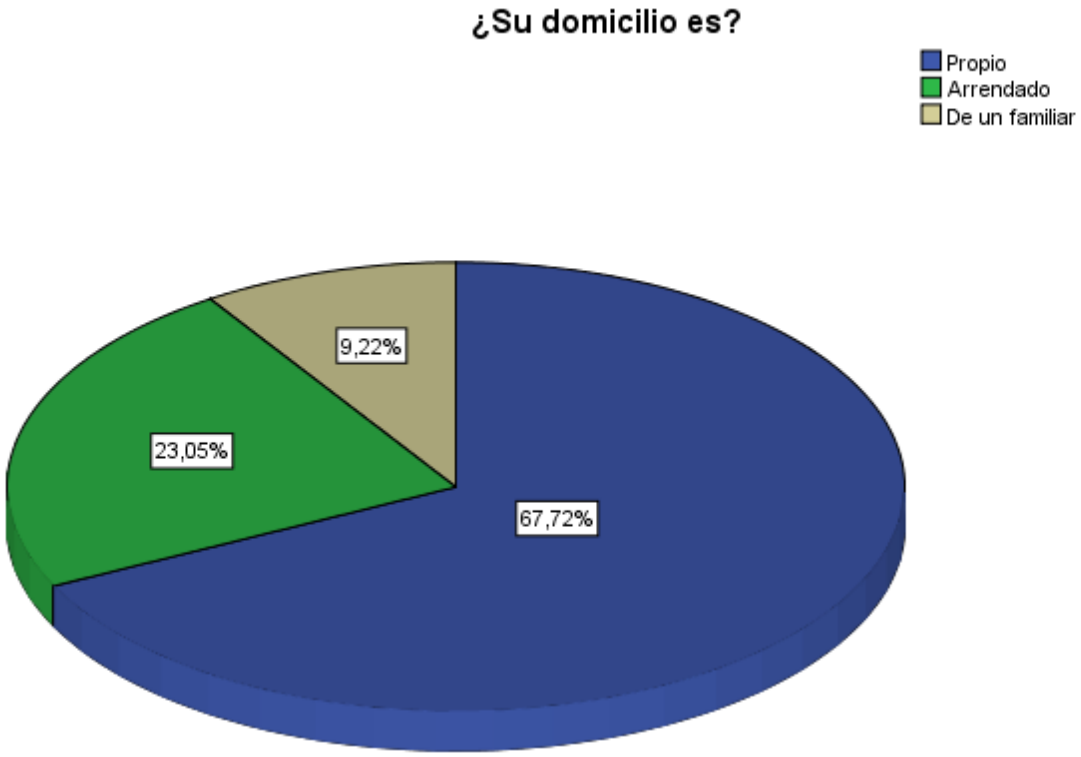

**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

En cuanto a la asistencia a los talleres ocupacionales podemos observar que el 60,81% de los encuestados no acuden a los talleres recreativos, con un 39,19% que si participan de las actividades. Datos que concuerdan con el estudio de calidad de vida realizado en Chile en el 2010, donde podemos ver que el 60% de los adultos mayores refieren quedarse en su domicilio reportando a su vez un 34% de aburrimiento destacando este aspecto como importante. La carencia de vínculos y actividades podría convertirse en un factor de riesgo para las personas adultas mayores según datos del estudio.(31)

### 4.1.1.4 Análisis de Variable: Domicilio (Ver tabla Anexo 8)

**Gráfico:** Nº9
Domicilio de los Jubilados.



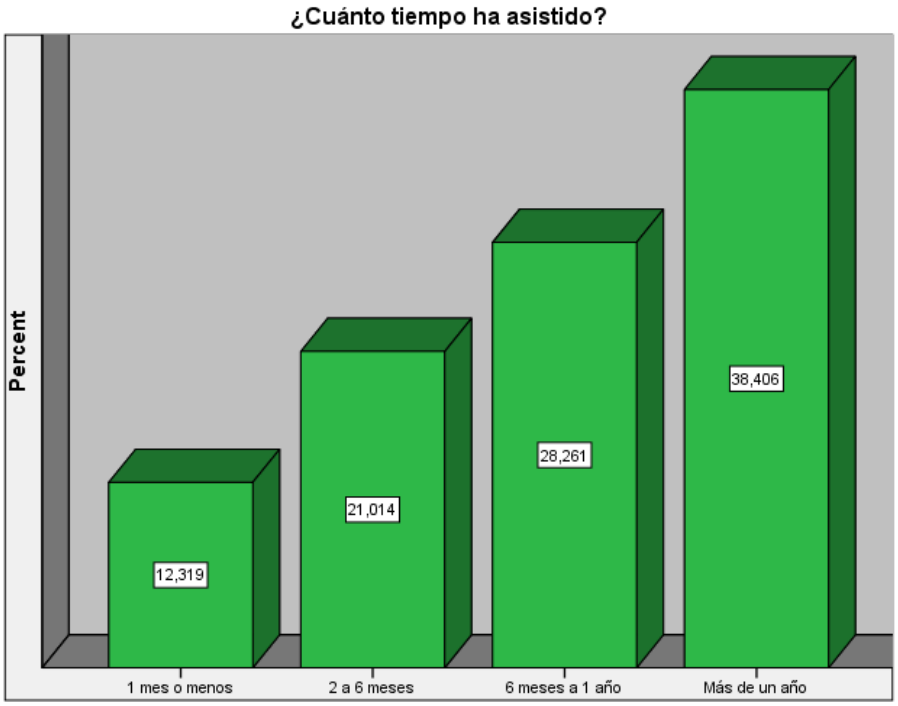

**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

En cuanto a la vivienda de los jubilados, dentro de los resultados expuestos en el pastel, cuentan con domicilio propio un 67,62%, en tanto que el 23,05% arriendan y por último el 9,22% viven en casa de un familiar. Esto constituye un factor determinante para su estabilidad emocional y el impacto que representa en su entorno familiar y calidad de vida.

### 4.1.1.5 Análisis de Variable: Tiempo que ha acudido a los talleres del IESS (Tabla Anexo 9)

**Gráfico:** Nº10
Tiempo de asistencia a los talleres recreativos.



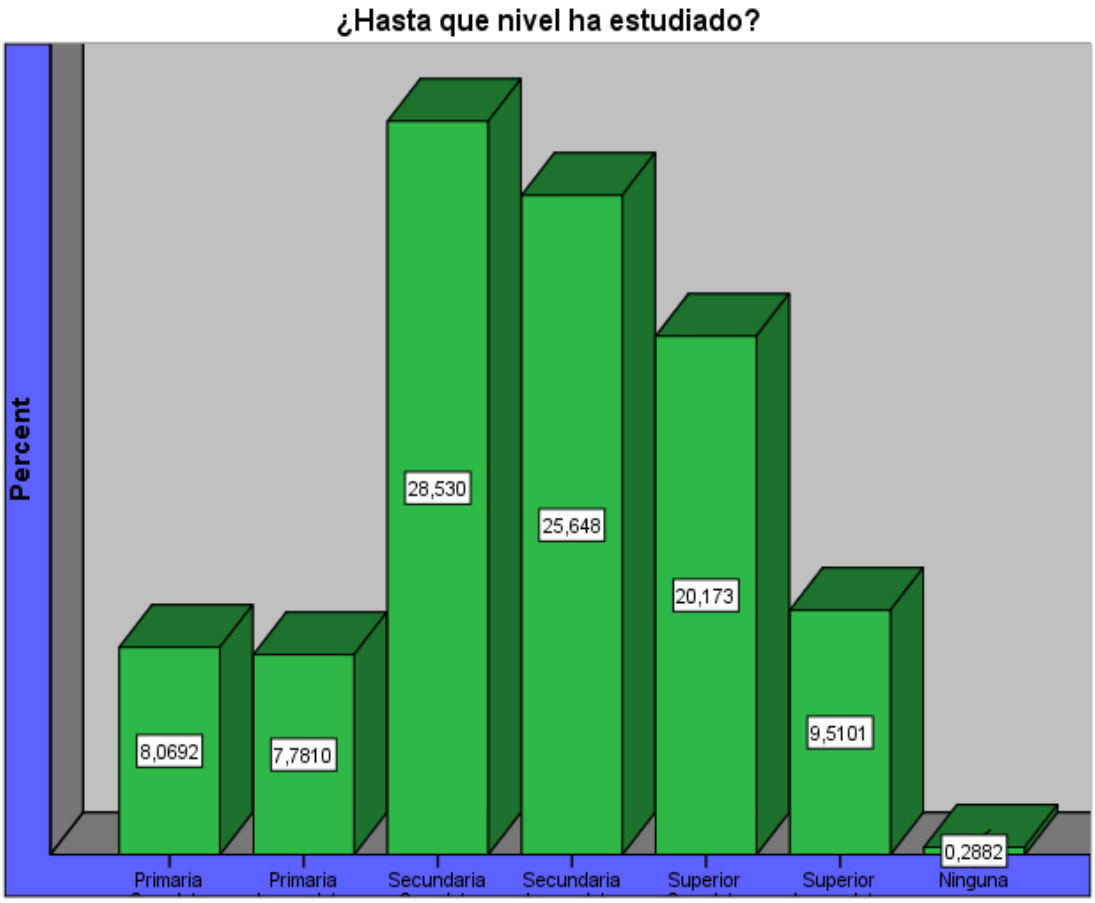

**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

En un estudio realizado en Costa Rica sobre: Calidad de vida y prácticas físico recreativas, se concluye que entre mayor es la frecuencia de actividad física y recreativa se incrementan los niveles de autonomía en los adultos mayores participantes. En los resultados de nuestro estudio se evidencia que el 38,4% acudió más de un año, el 28,2% de 6 meses a 1 año, y el 21% de 2 a 6 meses. Datos que nos indican que el porcentaje de asistencia es amplio, al igual que el estudio citado anteriormente.(32)

### 4.1.1.6 Análisis Variable: Instrucción Académica (Anexo 10)

**Gráfico:** Nº11
Nivel de instrucción



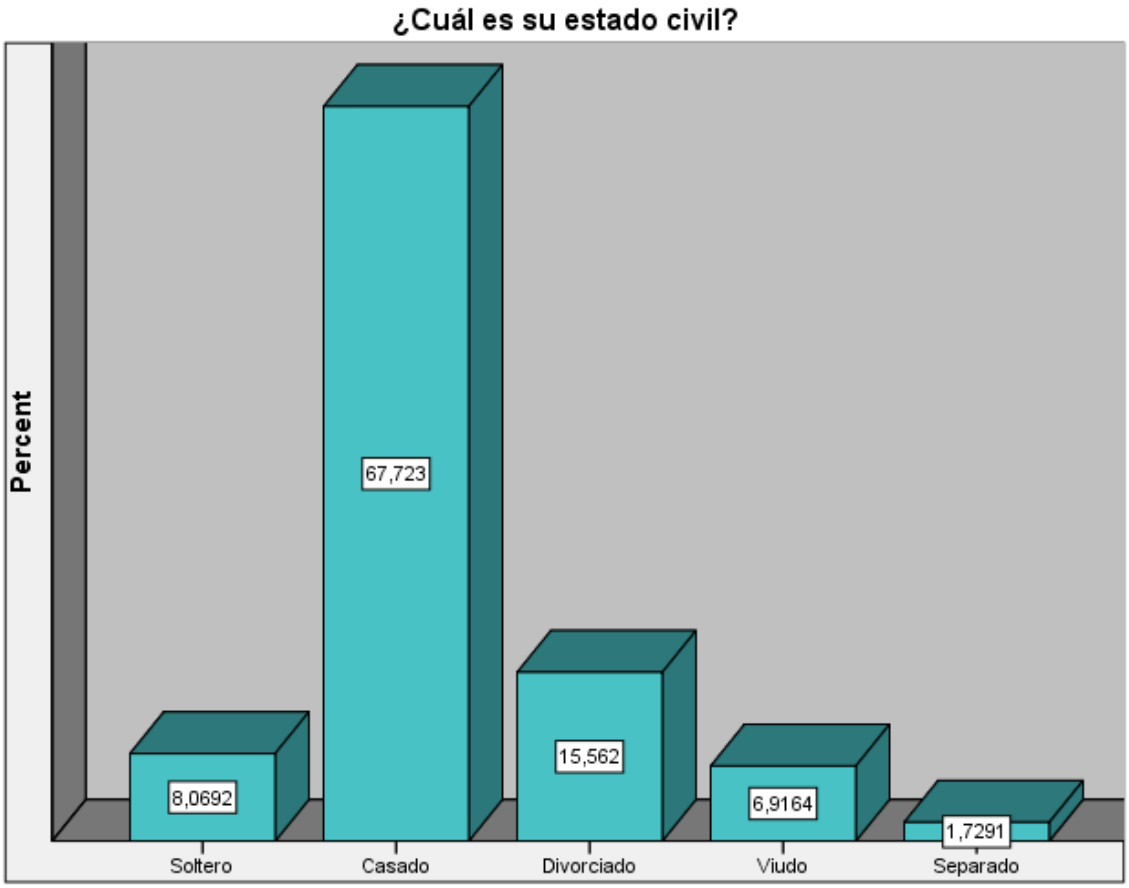

**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

Al valorar el nivel de instrucción en nuestro estudio, se observó que el 0,3% no posee ninguna instrucción, el 20.2% tiene una instrucción superior completa y secundaria completa el 28,5%. En estudios similares, por ejemplo el realizado por Macías Núñez en el 2005, concluye que mientras más alto es el nivel educativo existe una mejor adaptación al proceso de jubilación, pues a menor nivel educativo y bajo nivel socioeconómico se considera un desajuste e insatisfacción en esta etapa, repercutiendo en la realización de actividades diarias, a nivel social y en su estado de salud.(33)

### 4.1.1.7 Análisis de Variable: Estado Civil. (Ver Tabla Anexo 11)

**Gráfico:** Nº12
Estado civil de los jubilados en estudio



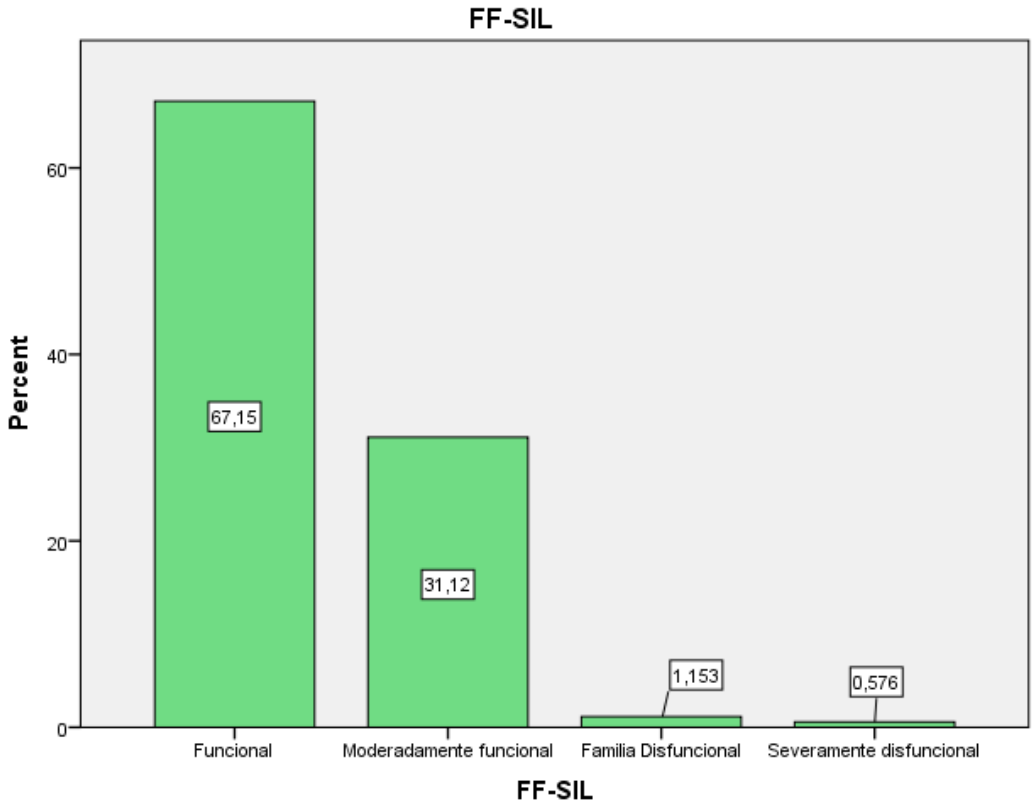

**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

En el grafico se representa el estado civil de la población en estudio, donde se puede verificar que la mayor parte de los encuestados son casados, representando el 67,723%, seguidos de los divorciados con un 15,562%, posteriormente los solteros con un 8,069%, los viudos con el 6,91% y por último los separados con un 1,72%. Siendo esta variable demográfica una posible determinante de calidad de vida en varios estudios. Gracia Fuster plantea que el impacto de la jubilación en personas casadas constituye una fuente de apoyo primordial en esta etapa de transición.(33)
El estado civil servirá para valorar cuál es la influencia que tiene esta variable en nuestra investigación al realizar los cruces respectivos con los demás datos.

### 4.1.1.8 Análisis de Variable: Dinámica Familiar. (Ver Tabla Anexo 12)

**Gráfico:** Nº13
Resultados del test FF-SIL



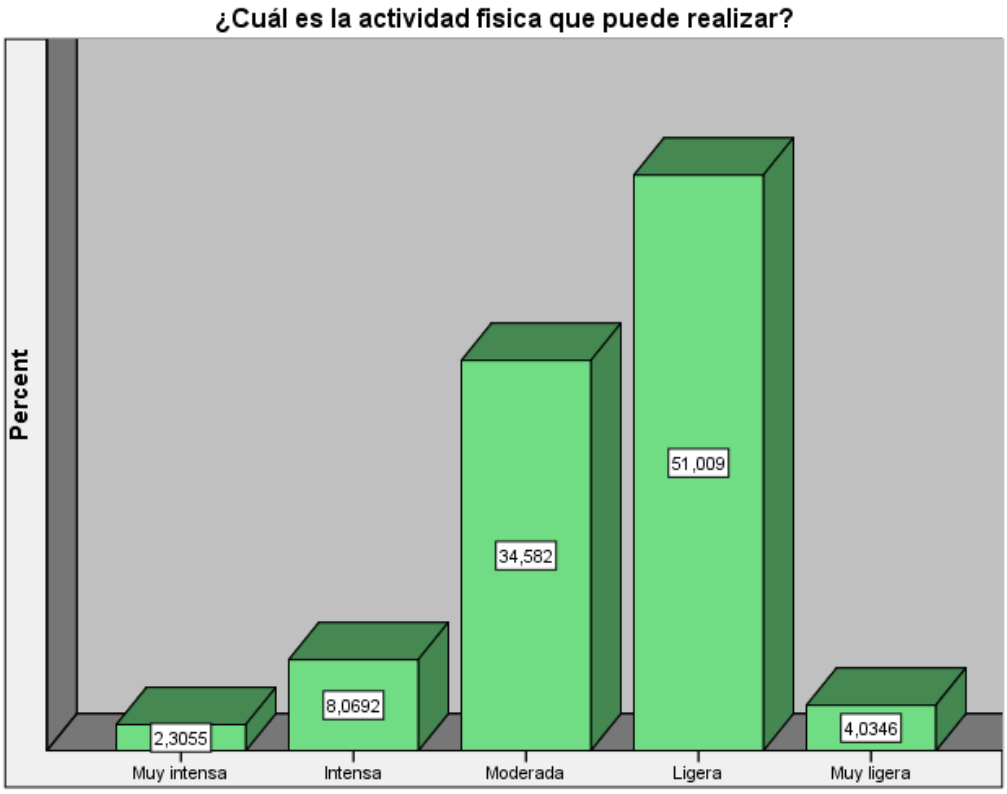

**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

La funcionalidad familiar fue valorada con el instrumento FF-SIL, obteniendo un 67,15% de familias funcionales, 31,12% moderadamente funcional, 1,1% disfuncional y 0,5% severamente disfuncional. Datos que son similares a un estadio realizado en Guadalajara México, donde el 77 % de las familias de los adultos mayores son funcionales, 17 % son moderadamente disfuncionales y 6 % son severamente disfuncionales. (34)

### 4.1.1.9 Análisis de Variable: Actividad Física. (Tabla Ver Anexo 13)

**Gráfico:** Nº14
Intensidad de actividad física que realizan los Jubilados.




**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

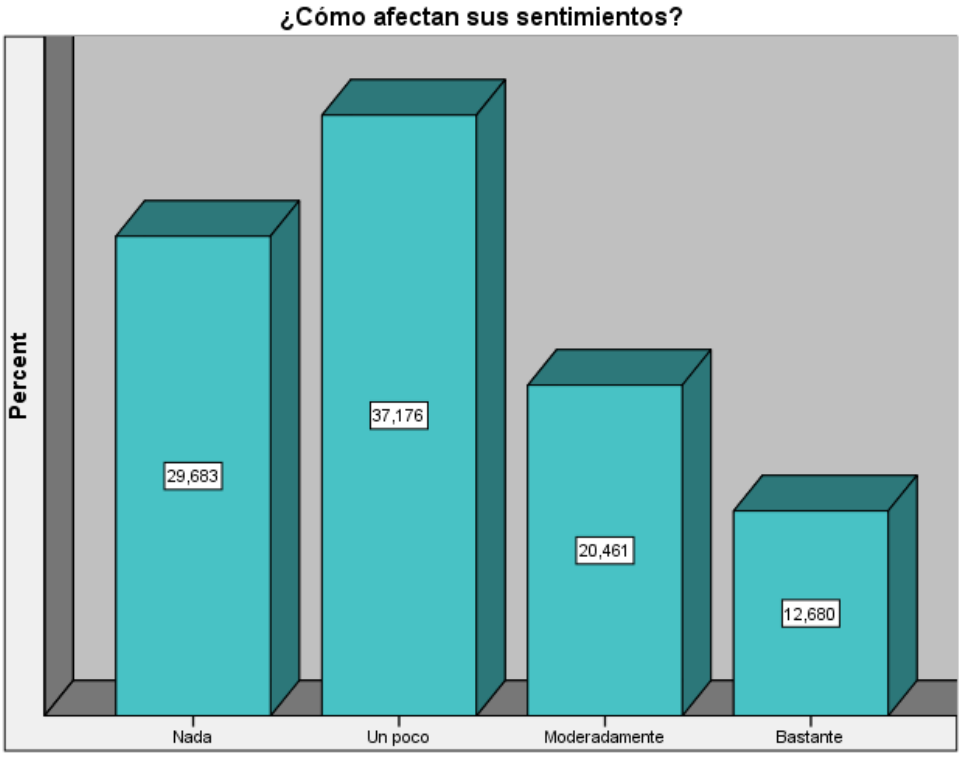
**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

En cuanto a la actividad física de nuestro grupo de estudio, podemos mirar en la gráfica que el 85% de nuestros jubilados realizan actividad física moderada y ligera, pese a que de la muestra tomada el 39,19% de los adultos mayores acuden a los talleres ocupacionales, lo que evidencia que los jubilados y jubiladas presentan una buena tolerancia al ejercicio, independientemente si acuden o no a las terapias del IESS.

### 4.1.1.10 Análisis de Variable: Impacto de los sentimientos en la persona. (Tabla Ver Anexo 14)

**Gráfico:** Nº15

Grado de afectación por los sentimientos de nuestros Jubilados



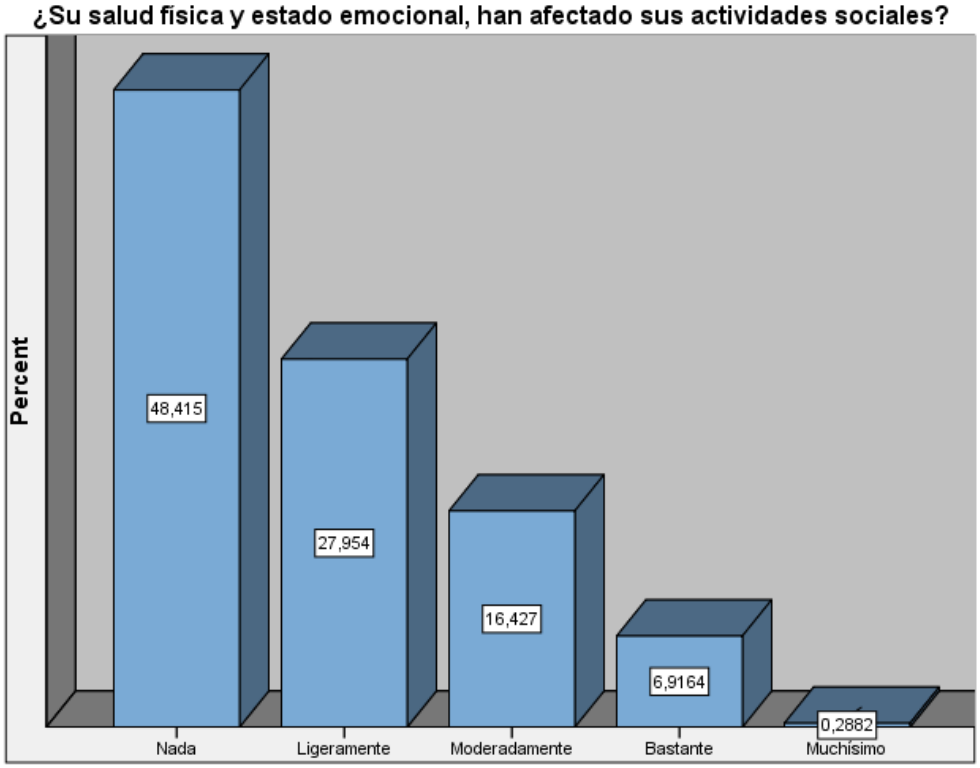

**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

Dentro de cómo afectan sus sentimientos de desánimo, tristeza o ansiedad en sus actividades diarias, el 29,6% dijo que no tenían ningún sentimiento negativo, el 37,1% lo afectaron un poco, el 20,4% moderadamente y el 12,6% afecto bastante. Hay que tomar en cuenta la diversidad de estudios que remarcan el impacto positivo de la actividad física y asistencia a talleres recreativos, pues García desde 1995 recalca los incrementos en la autoestima y disminución de síntomas depresivos en ancianos que acuden a realizar terapia ocupacional sobre todo los que realizan actividad física. (35)

### 4.1.1.11 Análisis de Variable: Cómo afecta su salud física y estado emocional en sus actividades sociales. (Ver Tabla Anexo 15)

**Gráfico:** Nº16
Salud física y emocional, y su impacto en las actividades sociales de los jubilados




**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

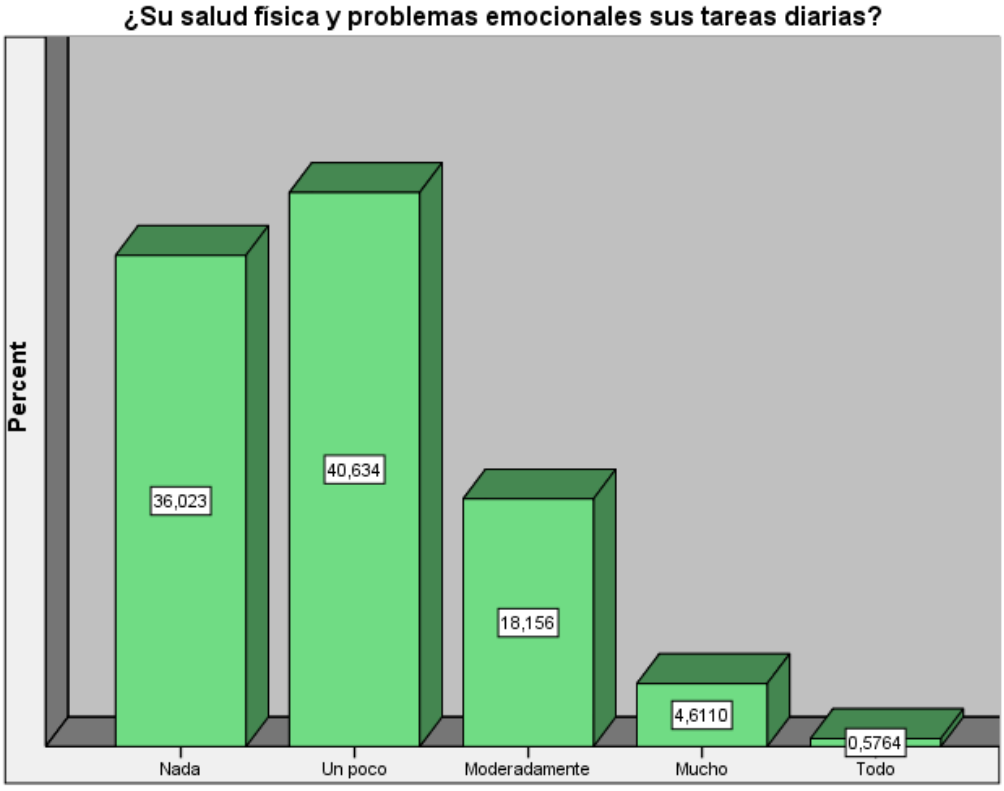
**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

En el gráfico de barras podemos cerciorarnos que el porcentaje de pacientes que ven afectadas sus actividades sociales por su salud física y emocional, califican de bastante a muchísimo el 7,2046%, es decir que solo un pequeño porcentaje de los encuestados se ven afectados en esta variable, siendo un 48,415% no afectados en nada. Datos que nos permitirán posteriormente valorar la calidad de vida en los diferentes aspectos de la vida diaria en este caso salud física y emocional en el entorno social del jubilado.

### 4.1.1.12 Análisis de Variable: Impacto de su salud física y problemas emocionales sobre sus tareas diarias (Tabla ver anexo 16)

**Gráfico:** Nº17

Influencia de la salud física y problemas emocionales en las tareas diarias del jubilado.




**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

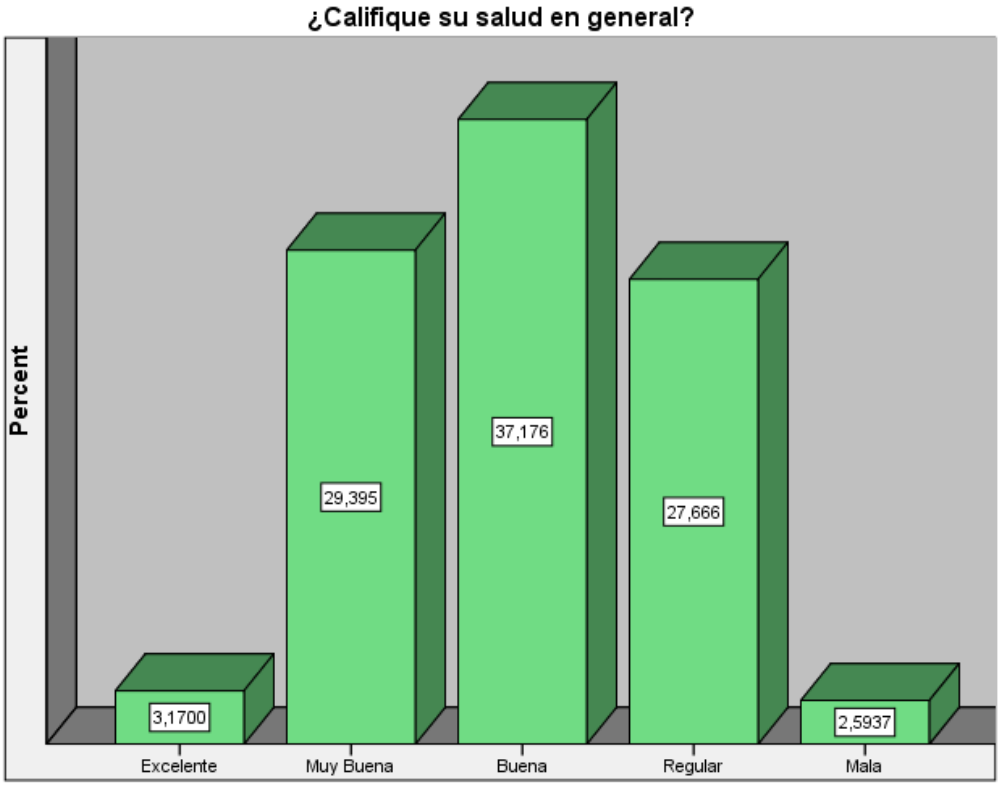
Podemos ver que la vida diaria del jubilado solo se ve afectada por su salud física y problemas emocionales de mucho a todo en un 5,1874%, el 36% no se ve afectado en nada, y afectado un poco el 40%. Son datos importantes a evaluar en el test COOP WONCA de calidad de vida, y además serán de ayuda en cuanto a la influencia de esta variable en la dinámica familiar.

En el estudio de Rose Medical Center en Colorado (2001), titulado Los adultos mayores dentro de programas de actividad física recreativa, se observó un aumento importante de los niveles de auto concepto y mejoría del estado de ánimo. (32)

### 4.1.1.13 Análisis Variable: Percepción de salud. (ver tabla anexo 17)

**Gráfico:** Nº18

Percepción de la salud en general del Jubilado




**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

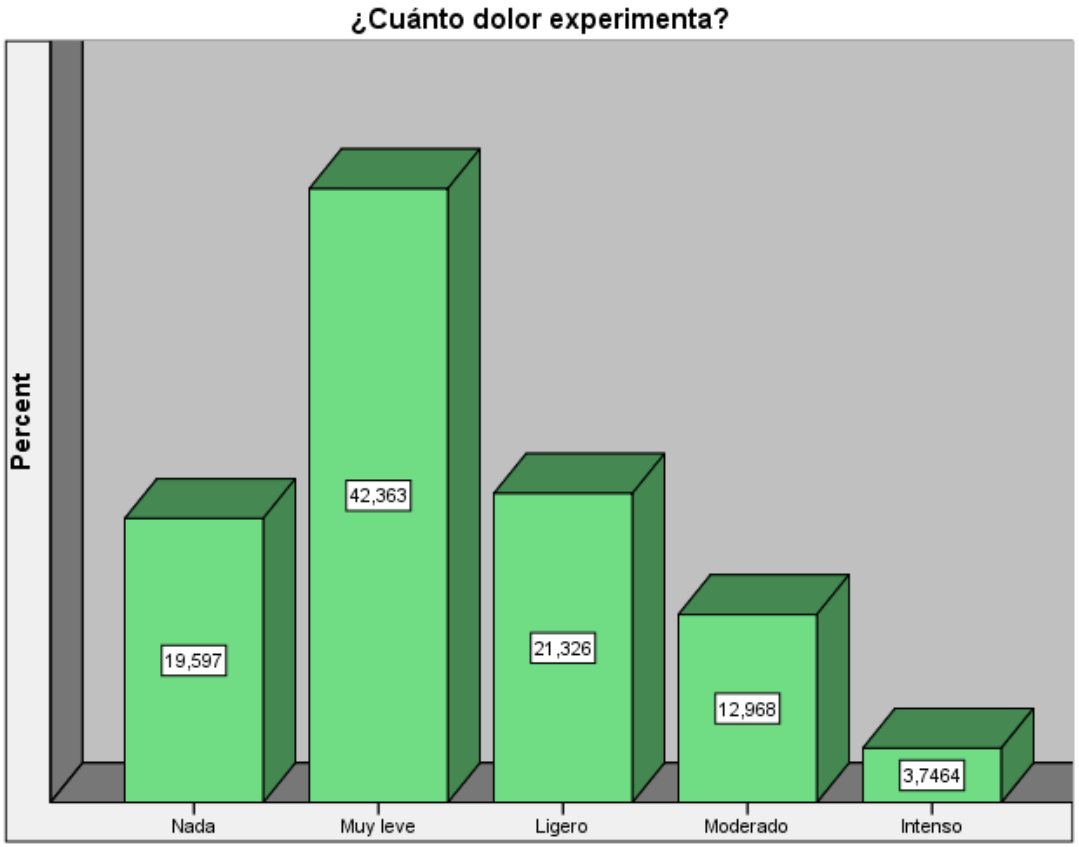
**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

La percepción de la salud es un parámetro importante dentro de la calidad de vida. En la gráfica observamos que un 2,5937% la califican como mala, 3,17% como excelente, siendo el mayor porcentaje con un 37,176% buena, y los valores restantes casi homogéneos calificados como muy buena y regular. Podríamos decir entonces que la percepción que tiene la población investigada sobre la salud es buena.

### 4.1.1.14 Análisis de Variable: Percepción del Dolor. (Ver tabla Anexo 18)

**Gráfico:** Nº19

Percepción del dolor en el grupo en estudio.




**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

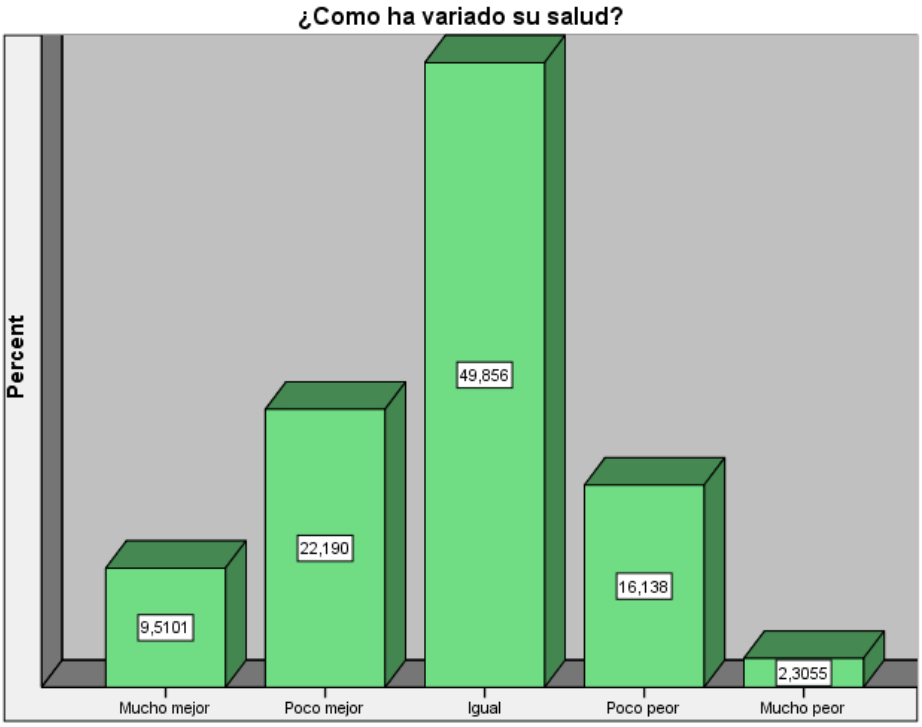
**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

Al calificar el dolor que experimentan los encuestados, el 19,5% percibe nada de dolor, el 42,36% dolor muy leve, 21,32 muy ligero, 12,96 moderado, y el 3,74% dolor muy intenso. En estudios relacionados con calidad de vida y actividades físico – recreativas, se puede evidenciar que los adultos mayores entre los 60 y 75 años refieren una mejoría significativa en cuanto a problemas de dolor, datos que pueden identificarse con los de nuestro estudio, pues el 3,74% de nuestros jubilados en estudio experimentan dolor muy fuerte. (32)

### 4.1.1.15 Análisis de Variable: Variación de Salud. (Ver Tabla Anexo 19)

**Gráfico:** Nº20

Variación de  la salud del grupo en estudio.




**Fuente:** Centro de Atención ambulatoria de Cotocollao.

**Elaborado por:** Carolina y Sandra.

La expresión de sentirse saludable, o como varia esta condición en las personas es un determinante importante de la calidad de vida. En nuestro grupo de estudio se puede ver que en las últimas semanas la salud ha permanecido igual en el 49,057% de los jubilados, han notado mejoría un 37,70% y la ven mucho peor el 2,3055%. Datos importantes a correlacionarse con otras variables posteriormente en la investigación que se está realizando.

### 4.1.2Análisis de Resultados Bivariados

La percepción de salud en general es 3,622 veces mejor en los pacientes que acuden a los talleres del IESS versus quienes no lo hacen. (IC 2.109 – 6.220 p 0.000).

Los pacientes que acuden a los talleres del IESS desarrollan 2,58 veces más sus actividades diarias normales. No se ven afectados por el sentimiento de desánimo, ansiedad o depresión en relación a quienes no acuden a los talleres del IESS con un IC 1.58 a 4.24 y una p 0.000. De la misma manera la percepción del dolor es 2,191 veces menos intensa en los pacientes que acuden a los talleres del IESS versus quienes no acuden IC 1.376 a 3.488 p 0.001. Sin embargo ya que el Odds Ratio es menor a 3, estos resultados no son estadísticamente significativos.

Los talleres del IESS no influencian las siguientes variables:

- Funcionalidad familiar
- Forma física.
- Influencia de salud física y estado emocional en actividades sociales.
- Influencia de salud física y estado emocional en actividades cotidianas.
- Talleres del IESS y cambios en la salud.

Tabla N° 3: Cruce Variables Acude a los Talleres del IESS- Calidad de Vida – Dinámica Familiar.

| CRUCE | OR | IC+ | IC- | P |
|---|---|---|---|---|
| Acude a los talleres del IESS-Funcionalidad Familiar | 1.25 | 0.234 | 7.167 | 0.767 |
| Acude a los talleres del IESS- Forma física. | 1.668 | 1.08 | 2.57 | 0.21 |
| Acude a los talleres del IESS-¿Cómo le han afectado sus sentimientos en sus actividades diarias? | 2.589 | 1.58 | 4.24 | 0.000 |
| Acude a los talleres del IESS-¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades sociales? | 1.156 | 0.692 | 1.929 | 0.58 |
| ¿Acude usted a los talleres del IESS? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades diarias? | 1.727 | 1.011 | 2.951 | 0.44 |
| ¿Acude usted a los talleres del IESS? * ¿Califique su salud en general? | 3.622 | 2.109 | 6.220 | 0.000 |
| ¿Acude usted a los talleres del IESS? * ¿Cuánto dolor experimenta? | 2.191 | 1.376 | 3.488 | 0.001 |
| ¿Acude usted a los talleres del IESS? * ¿Cómo ha variado su salud? | 1.823 | 1.151 | 2.887 | 0.10 |

Fuente: Test aplicados a la población en estudio

Elaborado por: Sandra y Carolina

Una buena funcionalidad familiar disminuye la sensación de dolor 8,425 veces menos que las familias disfuncionales. (IC 0.973-72.927 p 0.021). Sin embargo, debido a la amplitud del intervalo de confianza se debería realizar un estudio en un universo más extenso.

No se ha hallado una relación estadísticamente significativa entre la variable funcionalidad familiar con:

- Actividad física.
- Sentimientos
- Salud física, sentimientos y actividades sociales.
- Salud física, sentimientos y actividades diarias.
- Salud en general.

- Cambios en la salud.

Tabla N°4: Cruce de variables Funcionalidad Familiar- Calidad de Vida

| Cruce de variables | OR | IC + | IC - | P |
|---|---|---|---|---|
| Funcionalidad Familiar * ¿Cuál es la actividad física máxima que realiza? | 0.824 | 0.164 | 4.138 | 0.813 |
| Funcionalidad Familiar * ¿Cómo le han afectado sus sentimientos? | 0.393 | 0.045 | 3.404 | 0.38 |
| Funcionalidad Familiar * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades sociales? | 0.642 | 0.074 | 5.575 | 0.68 |
| Funcionalidad Familiar * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades diarias? | 1.658 | 0.298 | 9.223 | 0.56 |
| Funcionalidad Familiar * ¿Califique su salud en general? | 1.155 | 0.208 | 6.407 | 0.869 |
| Funcionalidad Familiar * ¿Cuánto dolor experimenta? | 8.425 | 0.973 | 72.927 | 0.021 |
| Funcionalidad Familiar * ¿Cómo ha variado su salud? | 0.457 | 0.091 | 2.303 | 0.331 |

Fuente: Test aplicados a la población en estudio

Elaborado por: Sandra y Carolina

Los hombres tienen una percepción del dolor 1,63 veces más intensa que las mujeres. (IC 1.054 a 2.525 p 0.028). Sin embargo, esta relación no es estadísticamente significativa ya que el OR es menor de 3.

No se ha encontrado relación entre la variable sexo con: (Ver anexo 22)

- Actividad física.
- Sentimientos
- Salud física y estado emocional han afectado sus actividades sociales.
- Desarrollo de actividades cotidianas en relación a su salud física y estado emocional.
- Actividades diarias su salud física y estado emocional.
- Cambios en la salud.

- Funcionalidad familiar.

Tabla N° 5: Cruce Variables Sexo- Calidad de Vida-Dinámica familiar

| Cruce | OR | IC - | IC + | P |
|---|---|---|---|---|
| ¿Cuál es su sexo? * ¿Cuál es la actividad física máxima que realiza? | 1.55 | 1.012 | 2.37 | 0.43 |
| ¿Cuál es su sexo? * ¿Cómo le han afectado sus sentimientos? | 1.354 | 0.865 | 2.118 | 0.184 |
| ¿Cuál es su sexo? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades sociales? | 1.860 | 1.122 | 3.082 | 0.15 |
| ¿Cuál es su sexo? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades diarias? | 1.807 | 1.089 | 2.999 | 0.21 |
| ¿Cuál es su sexo? * ¿Califique su salud en general? | 1.071 | 0.677 | 1.693 | 0.769 |
| ¿Cuál es su sexo? * ¿Cuánto dolor experimenta? | 1.631 | 1.054 | 2.525 | 0.028 |
| ¿Cuál es su sexo? * ¿Cómo ha variado su salud? | 0.959 | 0.610 | 1.507 | 0.855 |
| ¿Cuál es su sexo? * Funcionalidad Familiar | 2.084 | 0.377 | 11.528 | 0.39 |

Fuente: Test aplicados a la población en estudio

Elaborado por: Sandra y Carolina

Los pacientes menores a 65 años tienen 1,746 veces menos afectación de actividades diarias por sentimientos de desánimo, tristeza o angustia, que los paciente mayores a 65 años. (IC 1.083 a 2.815 p 0.022). Las personas menores a 65 años tienen 1,765 veces menos influencia de su salud física y estado emocional en cuanto al desarrollo normal de sus actividades sociales con relación a las personas mayores a 65 años, IC 1.028 a 3.030 p 0.038. Estos resultados tienen un OR muy bajo para considerarse estadísticamente significativo.

No se ha encontrado relación entre la variable edad con:

- Actividad física.

- Percepción de Salud.

- Cambios en salud.

- Funcionalidad familiar.

Tabla N° 6: Cruce variables Edad- Calidad de Vida – Funcionalidad Familiar.

| Cruce | OR | IC - | IC + | P |
|---|---|---|---|---|
| ¿Cuál es su edad? * ¿Cuál es la actividad física máxima que realiza? | 1.54 | 0.995 | 2.384 | 0.52 |
| ¿Cuál es su edad? * ¿Cómo le han afectado sus sentimientos? | 1.746 | 1.083 | 2.815 | 0.022 |
| ¿Cuál es su edad? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades sociales? | 1.765 | 1.028 | 3.030 | 0.038 |
| ¿Cuál es su edad? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades diarias? | 1.284 | 0.761 | 2.167 | 0.349 |
| ¿Cuál es su edad? * ¿Califique su salud en general? | 1.485 | 0.914 | 2.413 | 0.109 |
| ¿Cuál es su edad? * ¿Cuánto dolor experimenta? | 1.222 | 0.779 | 1.918 | 0.382 |
| ¿Cuál es su edad? * ¿Cómo ha variado su salud? | 1.027 | 0.645 | 1.637 | 0.910 |
| ¿Cuál es su edad? * Funcionalidad Familiar | 1.029 | 1.006 | 1.052 | 0.054 |

Fuente: Test aplicados a la población en estudio

Elaborado por: Sandra y Carolina

Las personas con instrucción superior tienen 0,416 veces menos afectación de sus actividades de vida diaria en relación a su salud física y estado emocional. (IC 0.221 a 0.780, p 0.005).

Una instrucción superior mejora la percepción de salud en general (OR de 0.382 IC de 0.216 a 0.677 y p 0.001). Además, el dolor es percibido en menor intensidad en las personas que tienen una instrucción superior con un OR de 0.356, IC de 0.21 a 0.604 y p 0.000. Estos resultados no son relevantes debido al valor bajo de OR.

No se encontró relación de dependencia entre Instrucción y:

- Cambios en alud.

- Funcionalidad familiar.

- Influencia de sentimientos.

- Influencia de salud física y estado emocional en actividades sociales.

Tabla N° 7: Cruce de variables Instrucción – Calidad de Vida – Dinámica Familiar.

| Cruce | OR | IC - | IC + | P |
|---|---|---|---|---|
| ¿Hasta qué nivel ha estudiado? * ¿Cuál es la actividad física máxima que realiza? | 0.501 | 0.314 | 0.798 | 0.003 |
| ¿Hasta qué nivel ha estudiado? * ¿Cómo le han afectado sus sentimientos? | 0.707 | 0.420 | 1.69 | 0.176 |
| ¿Hasta qué nivel ha estudiado? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades sociales? | 0.707 | 0.401 | 1.247 | 0.230 |
| ¿Hasta qué nivel ha estudiado? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades diarias? | 0.416 | 0.221 | 0.780 | 0.005 |
| ¿Hasta qué nivel ha estudiado? * ¿Califique su salud en general? | 0.382 | 0.216 | 0.677 | 0.001 |
| ¿Hasta qué nivel ha estudiado? * ¿Cuánto dolor experimenta? | 0.356 | 0.210 | 0.604 | 0.000 |
| ¿Hasta qué nivel ha estudiado? * ¿Cómo ha variado su salud? | 0.673 | 0.415 | 1.093 | 0.109 |
| ¿Hasta qué nivel ha estudiado? * Funcionalidad Familiar | 0.975 | 0.956 | 0.995 | 0.108 |

Fuente: Test aplicados a la población en estudio

Elaborado por: Sandra y Carolina

Se estudió el tiempo transcurrido en los talleres del IESS con funcionalidad familiar y calidad de vida. No hallamos relación de dependencia entre las variables mencionadas.

Tabla N° 8: Cruce de Variables Tiempo asistido a los talleres- Calidad de Vida – Funcionalidad Familiar.

| Cruce | OR | IC - | IC + | P |
|---|---|---|---|---|
| ¿Cuánto tiempo ha asistido? * ¿Cuál es la actividad física máxima que realiza? | 0.785 | 0.394 | 1.565 | 0.49 |
| ¿Cuánto tiempo ha asistido? * ¿Cómo le han afectado sus sentimientos? | 0.866 | 0.365 | 2.051 | 0.74 |
| ¿Cuánto tiempo ha asistido? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades sociales? | 0.975 | 0.419 | 2.266 | 0.957 |
| ¿Cuánto tiempo ha asistido? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades diarias? | 1.328 | 0.553 | 3.193 | 0.525 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿Cuánto tiempo ha asistido? * ¿Califique su salud en general? | 0.710 | 0.269 | 1.876 | 0.488 |
| ¿Cuánto tiempo ha asistido? * ¿Cuánto dolor experimenta? | 1.535 | 0.715 | 3.295 | 0.270 |
| ¿Cuánto tiempo ha asistido? * ¿Cómo ha variado su salud? | 0.538 | 0.267 | 1.084 | 0.081 |
| ¿Cuánto tiempo ha asistido? * Funcionalidad Familiar | 0.798 | 0.071 | 9.023 | 0.855 |

Fuente: Test aplicados a la población en estudio

Elaborado por: Sandra y Carolina

No existe dependencia estadísticamente significativa entre el estado civil versus la calidad de vida y funcionalidad familiar.

Tabla N° 9: Cruce de Variables Estado Civil- Calidad de vida – Dinámica Familiar

| Cruce | OR | IC - | IC + | P |
|---|---|---|---|---|
| ¿Cuál es su estado civil? * ¿Cuál es la actividad física máxima que realiza? | 1.356 | 0.899 | 2.140 | 0.191 |
| ¿Cuál es su estado civil? * ¿Cómo le han afectado sus sentimientos? | 1.096 | 0.682 | 1.762 | 0.704 |
| ¿Cuál es su estado civil? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades sociales? | 0.771 | 0.447 | 1.330 | 0.349 |
| ¿Cuál es su estado civil? * ¿Su salud física y estado emocional han afectado sus actividades diarias? | 1.230 | 0.729 | 2.075 | 0.438 |
| ¿Cuál es su estado civil? * ¿Califique su salud en general? | 0.684 | 0.412 | 1.136 | 0.141 |
| ¿Cuál es su estado civil? * ¿Cuánto dolor experimenta? | 0.864 | 0.541 | 1.377 | 0.538 |
| ¿Cuál es su estado civil? * ¿Cómo ha variado su salud? | 0.720 | 0.447 | 1.159 | 0.175 |
| ¿Cuál es su estado civil? * Funcionalidad Familiar | 2.128 | 0.423 | 10.717 | 0.349 |

Fuente: Test aplicados a la población en estudio

Elaborado por: Sandra y Carolina

# 5. CAPÍTULO V

## 5.1 Discusión

Los talleres del IESS mejoran la percepción de salud tres veces más en las personas que acuden versus quienes no lo hacen.

En la población adulta mayor chilena la percepción de salud mala o regular se evidencia el 57% de los estudiados por Diana León en el 2010. Las personas más apoyadas pueden hacer frente en mejores condiciones a las enfermedades, estrés y situaciones difíciles en la vida, por lo que se observa una relación directa entre calidad de vida, redes sociales y salud. (31). Estas conclusiones corroboran nuestra hipótesis, referente a que las redes sociales establecidas en los centros de terapia ocupacional mejoran la percepción de salud en la población jubilada. El mismo estudio citado refleja que de las personas mayores que participan en organizaciones un 62,5% se sienten más satisfechas con su vida que las que no lo hacen.(31)

Tomando en cuenta el estudio realizado por Navarro N. y Guevara U. se evidencia que los adultos mayores presentan del 25% al 80% dolor musculoesquelético, produciendo una reducción de la calidad de vida, la calidad del sueño e interfiere a nivel social y físico. Esto reflejó un 62% de pacientes con dolor moderado, el 31.4% un dolor severo y el 5.7% un dolor leve. (36)

En el 2002 Sánchez y Ureña realizaron un estudio comparativo entre adultos mayores sometidos a un programa de actividad física, actividades recreativas, actividades físico-recreativas, y quienes no realizan ninguna. Aquí se encontró que realizar actividad física es significativamente beneficioso para la mejoría de la fuerza y resistencia muscular de flexores de tronco y caderas, fuerza máxima de prensión,

resistencia cardiorrespiratoria y equilibrio. Sin embargo, la actividad físico-recreativa mejora aún más estos indicadores. Asistir a un programa ocupacional geriátrico mejora significativamente todos los factores psicosociales y de salud respecto de los que no lo realizan. Al comparar quienes realizan actividad física versus quienes realizan un programa ocupacional, el primero tiene más impacto en salud que el segundo. (35)

En un estudio realizado en los jubilados chinos por Shi-Chen Zhang y colaboradores, proponen que para mantener un estilo de vida deseable y una buena calidad de vida en los trabajadores jubilados hay que introducir actividades diarias y de esta manera mantener y mejorar el apoyo social en esta etapa de la vida. (37)

Los hallazgos en nuestro estudio contrastan con los previos citados, ya que no se encontró relación de los talleres del IESS con: percepción del dolor, funcionalidad familiar, estado físico, influencia de la salud en estados emocionales y actividades cotidianas y en cambios en la salud.

En nuestro estudio se puede apreciar que la adecuada funcionalidad familiar disminuye la sensación de dolor 8,425 veces menos que las familias disfuncionales. Sin embargo, el intervalo de confianza resultó muy amplio. Datos que podemos relacionar con los obtenidos por Rodríguez y Hernández en la Universidad de Guadalajara en el año 2014, en su estudio titulado “Correlación de calidad de vida y funcionalidad familiar de los adultos mayores de 60 años”, donde se concluye que existe una correlación significativa entre la calidad de vida que poseen los adultos mayores y su funcionalidad familiar. (34)

Aunque no hemos encontrado relaciones estadísticamente significativas entre funcionalidad familiar y las variables actividad física, sentimientos, actividades sociales, actividades diarias, percepción de salud y cambios en la salud, existen estudios que si encontraron impacto entre estas variables.

La familia es una red de apoyo primaria para el adulto mayor, que según Botero y Pico en su estudio "Calidad de vida relacionado con la salud" es el primer lugar donde buscan apoyo los adultos mayores, y esta relación se basa en la unidad familiar e interdependencia, ya que adultos mayores institucionalizados presentan sentimientos de apatía al no existir este vínculo familiar. Ellos presentan deterioro en su calidad de vida en comparación con personas que viven en casa cerca de su familia. (38)

Mientras que el impacto del apoyo familiar y quejas depresivas en personas mayores en Santiago de Chile en el 2012, nos indica que la eficacia de los vínculos es la que influye en la calidad de vida del adulto, sean estos o no de personas cercanas, pues dentro de la variable composición familiar no fue estadísticamente significativo para la calidad de vida el hecho de vivir en pareja o tener hijos vivos cerca, por lo tanto se pude decir que no importa el origen del apoyo sino la calidad del mismo y las redes sociales existentes alrededor del anciano como apoyo social. (39)

La funcionalidad familiar y actividad física tienen mucho en común, pues se puede constatar que a mayor independencia física de los adultos mayores, mejor es la funcionalidad familiar con un rango mayor del 88%, y mientras aumenta la dependencia y por ende disminuye la actividad física esta funcionalidad llegó hasta el 2% con dependencia severa. Estos resultados son demostrados en un estudio

realizado en Puebla México sobre funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores. (40)

En cuanto a la hipótesis planteada en nuestro trabajo, se puede ver que la funcionalidad familiar influencia notablemente en la percepción del dolor, pues existe menos dolor en los adultos en estudio cuando hay una buena funcionalidad familiar. De esta manera podemos decir que es una variable significativa en el entorno del adulto mayor, aunque la relación de dependencia no fue suficientemente alta entre estas variables.

Hay que tomar en cuenta que solo el 39,19% de los encuestados acuden a los talleres recreativos del IESS, y la funcionalidad familiar valorada con el FF-SIL encontró que el 67,15% tienen familias funcionales en el total de encuestados. Los resultados reflejan que la funcionalidad familiar no depende de la asistencia o no a los talleres ocupacionales.

En nuestro estudio se observó que los hombres tienen más percepción del dolor que las mujeres, sin embargo esta relación no fue suficientemente alta.

No existe influencia estadísticamente significativa del género con las variables: actividad física, sentimientos, afección de actividades sociales por los sentimientos y salud física, desarrollo de actividades cotidianas en relación a su salud física y estado emocional, cambios en la salud y funcionalidad familiar.

Según Diana León en cuanto a las redes de apoyo familiar, las diferencias entre hombres y mujeres se deben a los efectos de ciertas características sociodemográficas, como el estado civil, el número de hijos y la esperanza de vida, que tienen incidencia en el tamaño de la red y la disponibilidad de apoyos en la

vejez. En contraste con nuestro estudio, los hombres mayores de 60 a 70 años, con un nivel educacional superior tienen una mejor calidad de vida, mientras que las mujeres chilenas al tener una expectativa de vida superior tienen más patologías crónico degenerativas, por lo que se concluye que a mayor edad disminuye la percepción de la salud en general. Además las mujeres posponen los estudios y su desempeño laboral por las obligaciones del hogar en sus años productivos, disminuyendo así su mensualidad post jubilatoria y su calidad de vida. (31).

Mora y Villalobos en el 2004 realizaron un estudio sobre la "Percepción subjetiva de la calidad de vida en adultos mayores, diferencias ligadas al género y a la práctica física". Aquí se concluye que la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género, excepto en lo que respecta a sentimientos de tristeza, los que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres. (32).

La edad se impone como un determinante de la afectación de actividades de vida diaria y social en relación a su salud y sentimientos. Así, mientras más edad existe es mayor la afección de estas variables en la calidad de vida. Hallazgos que concuerdan con los realizados por Dueñas y Bayarre en el 2009 en la Habana, quienes estudiaron la relación entre la calidad de vida y la edad. Aquí se observa que existen diferencias en las distribuciones de la calidad de vida según la edad, con tendencia a una peor percepción en la medida que se incrementa la edad y viceversa, así para el grupo de viejos-jóvenes el 30,1 % de los estudiados percibió una calidad de vida alta, mientras que en los viejos-viejos, este solo fue del 9,0 %. Estas diferencias son significativas (p=0,000).(41)

Juan del Llano en el 2004, realizó un estudio en población pre jubilatoria y jubilada. A pesar de la creencia habitual de que la percepción de salud en general disminuye con la edad, se demostró que en las edades superiores, a partir de los 60 años hay incluso una mayor tolerancia a la enfermedad o algunas incapacidades, considerándose como "aceptable" un nivel de salud progresivamente peor. En general, puede afirmarse que el grupo de jubilados tiene una mejor salud percibida que sus coetáneos no jubilados(42).

En un estudio realizado en los Jubilados Chinos por Shi-Chen Zhang y colaboradores, se menciona que mientras más joven es el grupo etario se observa mejor estatus en calidad de vida y estilos de vida, en este estudio se halló altos puntajes de estas variables en el grupo de 50 a 60 años. (37)

En los adultos mayores la percepción del dolor puede ser multifactorial, pues se debe a una serie de factores como: Religiosos, biológicos, étnicos, deterioro cognitivo, el contexto social en el que se desarrollan y aun se cree que las personas mayores sienten menos dolor que otros grupos etarios; por ello se atribuye al dolor como una parte inevitable del envejecimiento. (43)

En los datos obtenidos en nuestro estudio, podemos apreciar, que la instrucción en el adulto mayor es un factor determinante dentro de su percepciòn de salud, estado fìsico y emcocional. Esta relación es proporcional a su nivel de escolaridad. Los adultos mayores con instrucción superior mejoran su percepción en salud, realizan más actividad física y son emocionalmente más estables.

Datos que corroboran nuestos hallazgos constituyen los realizados en el 2013 en la Universidad de Cuenca sobre "Percepciòn de bienestar y envejecimiento de los

adultos mayores que pertenecen al grupo del adulto mayor del IESS en Cuenca", donde se utilizo entrevistas y luego una técnica de grupo focal. Se observó que el 50% tiene una instrucción primaria, y el 20 % ninguna instrucción, llegando a la conclusión que es posible que la instrucción pueda determinar efectos indirectos en el bienestar personal.(44)

En un estudio realizado en Lima Perú sobre "Factores asociados a la satisfacción de vida en los adultos mayores de 60 años", cuyo objetivo fue determinar los principales predictores de la satisfacción de vida en los ancianos, se encontró que la variable que más predice la satisfacción vital fue albergar sentimientos de resentimiento, seguido del nivel de instrucción. Dicho de otra manera, los adultos mayores que se sienten más satisfechos con la vida son los que no guardan emociones negativas y han alcanzado niveles de instrucción más elevados (45).

El nivel de instrucción es un factor indispensable en la calidad de vida del adulto mayor, según datos de un estudio realizado en el 2010 en la Pontificia Universidad Católica de Chile, en donde también se concluye que los hombres con mayor nivel de educación poseen un mejor estado de salud. (31)

El estudio realizado por Diana León en el 2011 en Chile, demuestra que la instrucción es proporcional a la calidad de vida en años de la jubilación por varias razones:

1. El individuo mejora sus competencias y dispone de más oportunidades para optimizarlas y usarlas.

2. Mejora la remuneración laboral y por tanto la pensión jubilatoria.

3. Desarrolla capacidades cognitivas que permiten una mejor aptitud para reflexionar y solucionar problemas.(31)

Un nivel de educación superior ofrece a las personas más habilidades sociales y la autodirección de apreciar las oportunidades satisfactorias en el retiro.(15)

Se estudió el tiempo transcurrido en los talleres del IESS con funcionalidad familiar y Calidad de vida, no hallamos relación de dependencia entre las variables mencionadas.

Mora y Villalobos en el 2004 realizaron un análisis de la percepción subjetiva de la calidad de vida en adultos mayores, diferencias ligadas al género y a la práctica física. Se comprueba que la actividad física recreativa le permite obtener al adulto mayor resultados positivos, entre más cantidad de veces y de tiempo por semana le dedique(32).

En nuestra investigación se aprecia que no hay significancia estadística en cuanto al estado civil y la funcionalidad familiar, pero hay estudios realizados en América del Sur, como la encuesta de calidad de vida en la vejez en el año 2010, donde se demuestra que las personas que viven acompañadas reportan mayores niveles de satisfacción por la vida que las personas que viven solas. (31)

Datos que también contrastan con el efecto de la funcionalidad familiar y estado civil realizados en el estudio "Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores en Santiago de Chile", donde se concluyó que el tener un apoyo de buena calidad brinda mayor grado de satisfacción al adulto mayor, sean estos brindados por familiares directos como los conyugues, parientes o amigos cercanos al adulto mayor. (39)

Pero hay estudios como el practicado en Costa Rica por Mora y Villalobos, sobre la perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor y la práctica de actividad físico recreativa, donde se observa que los sujetos que vivían en familia o con su conyugue se portaban más activos y participativos en las actividades que desarrollaban y en su vida diaria que quienes no tenían ninguna red de apoyo familiar. (32)

Por lo que podemos concluir que en nuestra investigación no hubo un impacto adecuado respecto a estado civil con calidad de vida y dinámica familiar, pues no hay dependencia estadísticamente significativa en comparación a otros estudios que reportaron lo contrario.

Dueñas y Bayarre en el 2009 establecieron la relación entre la calidad de vida y el estado conyugal en geriatría. Se demostró una discreta mejoría de la calidad de vida baja en los ancianos con pareja con respecto a los que pertenecen a la categoría sin pareja (40,1 vs. 46,3 %), aunque estas diferencias no son significativas (p=0,123).(41).

# 6. CAPÍTULO VI

## 6.1 Conclusiones

- La hipótesis planteada en nuestro estudio postula que los jubilados que acuden a los Talleres recreativos en el Centro del IESS de "Cotocollao" tienen una mejor calidad de vida y dinámica familiar que aquellos que no acuden a estos talleres. En el estudio se demostró una mejoría de la calidad de vida en ciertos aspectos, sin embargo, no se halló una relación estadísticamente significativa con funcionalidad familiar.
- Los talleres del IESS mejoran la percepción de salud en general en el grupo en estudio, lo que es corroborado con los demás estudios realizados en Latinoamérica.
- Se observó que el 67,15% de familias son funcionales, 31,12% moderadamente funcional, 1,1% disfuncional y 0,5% severamente disfuncional. No se halló relación con la asistencia a los talleres ocupacionales del IESS. Se observó además que una familia funcional disminuye la sensación de dolor 8,425 veces más en relación a una familia disfuncional, sin embargo, el intervalo de confianza fue muy amplio.
- El género no tiene asociación estadísticamente significativa en la funcionalidad familiar. En cuanto a la calidad de vida, las mujeres toleran mejor el dolor en relación a los hombres. Estos hallazgos contrastan con el resto de Latinoamérica donde ser hombre mejora las condiciones socioeconómicas para una mejor calidad de vida a diferencia de las mujeres.
- No encontramos relación estadísticamente significativa entre las variables edad, calidad de vida y dinámica familiar. Sin embargo, a nivel

latinoamericano existen múltiples estudios que demuestran que a más edad menor calidad de vida, o en su defecto, a más edad mayor tolerancia a la enfermedad.

- Mientras el nivel de instrucción es superior, se observa más realización de actividad física, menor afección de actividades de vida diaria en relación a salud física y estado emocional, mejora la percepción de salud en general y la sensación de dolor, sin embargo estos resultados no tienen relevancia.
- No existe relación de dependencia entre el tiempo de asistencia a los talleres ocupacionales del IESS con la funcionalidad familiar y la calidad de vida. Lo que parcialmente anula la hipótesis planteada.
- El estado civil no tuvo influencia estadísticamente significativa en la calidad de vida y funcionalidad familiar, a pesar que en otros estudios se demuestra que vivir solo o acompañado es un importante determinante de la calidad de vida.

**Límites**

- No se valoró si los pacientes que no acuden al IESS realizan otra actividad recreacional fuera de la institución, o en su defecto si concomitantemente acuden a dos actividades ocupacionales.
- No se discernió los distintos tipos de terapia que realizaban los jubilados y su relación con las variables estudiadas.
- No se tomaron en cuenta las patologías concomitantes de cada persona y si estas impiden la realización de actividades ocupacionales.

## 6.2 Recomendaciones

1.- En el Centro de Atención Primaria de Cotocollao por la gran demanda de pacientes adultos mayores que acuden a la institución, se sugiere ampliar las opciones de talleres ocupacionales, de acuerdo a la capacidad física y cognitiva que tienen los jubilados.

2.- En base a nuestro estudio se recomienda la promoción por parte del personal de salud, de los talleres del IESS en la población adulta mayor jubilada. Ya que se evidencia que la mayoría de usuarios del IESS no asisten a dichos talleres.

3.- Se recomienda inmiscuir a los familiares de los jubilados en la promoción de las actividades ocupacionales que oferta el IESS, y la importancia que tienen en su calidad de vida.

4.- Impulsar en los pacientes el hábito de la terapia ocupacional motivados por los beneficios tanto físicos, sociales y en salud que provoca esta actividad.

5.- Se debe realizar una evaluación médica previo a la realización de las actividades ocupacionales, ya que puede existir impedimentos tanto físicos como cognitivos para realizar las actividades que oferta el IESS.

6.- La iniciación de las actividades ocupacionales deben ser lo más tempranas posibles inmediatas a la jubilación para evitar la afectación de actividades sociales y actividades de vida diaria por la edad. Esto se puede lograr con una preparación pre jubilatoria adecuada con énfasis en el primer nivel de atención mediante la prevención primaria y secundaria.

7.- El personal de salud debería plantearse como meta mejorar la calidad de vida de sus pacientes jubilados, mediante el incremento de asistencia a los talleres ocupacionales, y de esta manera mejorar los pilares de tratamiento de las enfermedades crónicas más comunes en esta edad.

8.- En cuanto a lo académico se recomienda realizar nuevos estudios que valoren las distintas actividades ocupacionales que se realizan en el IESS y correlacione con las patologías crónicas más frecuentes y las demandas de cada paciente, para así presentar una propuesta que motive a las autoridades a incrementar el presupuesto destinado a esta cartera de servicios.

9.- Se recomienda que en futuras investigaciones se tome una muestra más amplia para mejorar los resultados en cuanto al intervalo de confianza que obtuvimos en esta investigación.

## 7. BIBLIOGRAFÍA


1. Ardila R. Redalyc.Calidad de vida: una definición integradora. Rev científicas América Lat y el Caribe. 2003;35(2):161–4.

2. Quito M De. Adultos mayores. Boletín Estadístic o Mens ICQ [Internet]. N°17:1–2. Available from: www.institutodelaciudad.com.ec

3. Nivardo F, Gainza V. GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA Título: "Valoraciones de la jubilación. Importancia y ventajas de su preparación." Geroinfo. 2009;4(2):1–12.

4. MIESS. Agenda de Igualdad para adultos Adultos mayores. Agenda las Pers adultas mayores. 2013;

5. Estrella J, Pombosa M, Valencia S, Salas G. INSTRUCTIVO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO IESS. IESS Dir del seguro Gen salud Individ y Fam. :1–21.

6. Rodríguez GH. Cese de la actividad profesional y preparación para la jubilación. Cuad Relac Laborales. 2009;29(2):63–81.

7. Bódalo E, Caravaca C. La intervención preventiva desde el Trabajo Social en los Conflictos surgidos en la jubilación. Doc Trab Soc. 2009;51:354–69.

8. Campos, Bernardita; Escobar D. Jubilación / Retiro Laboral : Un estudio Exploratorio. 2014.

9. Seguro de Pensiones - IESS [Internet]. [cited 2015 Apr 3]. Available from: http://www.iess.gob.ec/es/web/guest/jubilacion-ordinaria-vejez

10. Escarbajal, andres; Martínez S. Jubilación, educación y calidad de vida. Rev Univ Pedagog Soc. 2012;1723(tercera):245–72.

11. Hewitt A. 2015 Hot Topics in Retirement. Retire Invest. 2015;

12. Quito DM de. Adultos mayores: Actores activos en la construcción de la ciudad. Boletín Estadístic o Mensual ICQ [Internet]. 2013;1–2. Available from: www.institutodelaciudad.com.ec

13. INEC. Fascículo provincial pichincha. Censo Nac. 2010;0–7.

14. M AU, Caqueo-urízar A. Calidad de vida : Una revisión teórica del concepto Quality of life : A theoretical review. Ter Psicol. 2012;30:61–71.

15. Pinquart M, Schindler I. Changes of life satisfaction in the transition to retirement: a latent-class approach. Psychol Aging. 2010;22(3):442–55.

16. Platts LG, Webb E, Zins M, Goldberg M, Netuveli G. Mid-life occupational grade and quality of life following retirement: a 16-year follow-up of the French GAZEL study. Aging Ment Health [Internet]. 2015;19(7):634–46. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2014.955458

17. Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F., Gené Badia J. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. [Internet]. septima. Elsevier, editor. 2014 [cited 2015 Aug 5]. Available from: http://www.studentconsult.es/bookportal/atencion-primaria-problemas/martin-zurro/9788490221105/500/5573.html

18. Carmichael F, Duberley J, Szmigin I. Older women and their participation in exercise and leisure-time physical activity: the double edged sword of work. Sport Soc [Internet]. 2014;18(1):42–60. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17430437.2014.919261

19. María A, Henao G. Recuperación crítica de los conceptos Critical Recovery of the Concepts of Family , Familiar Dynamics and their Features Récupération critique des concepts de dynamique familiale et ses caractéristiques. 2012;(35):326–45.

20. Evelia L, Velázquez T, Silva PO, Garduño AG, Reyes AG. Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. 2008;

21. Familiar A de M. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam. 2005;7(1):15–9.

22. Dionisio Z. Funcionamiento Familiar Saludable. 2004;

23. Álvares. Enfermedad de Alzheimer: estructura y dinámica familiar. Eur J Investig Heal Psychol Educ [Internet]. 2011;1(1):5–16. Available from: http://www.ejihpe.es/index.php/journal/article/view/1

24. Ac MF, Sol L a M, Huerta S, Alfaro G, Mendoza HF, Din LDEL a, et al. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria Analysis of the Dynamics and Family Functionality in Primary Healthcare. Medicina (B Aires). 2006;8(1):27–32.

25. Rodriguez AO, Mora AA. Introduccion a la salud familiar. Univ Costa Rica. 2004;1º edicion:5–69.

26. Tania LSF. Manual Para La Intervencion En La Salud Familiar [Internet]. 2002. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf

27. Corregidor Sánchez AI. TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Bases conceptuales y aplicaciónes prácticas [Internet].

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2010. 1-130 p. Available from: http://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf

28. López Alonso SR, Martínez Sánchez CM, Romero Cañadillas AB, Angel Rueda M. Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. Index de Enfermería [Internet]. Fundación Index; 2005 Mar [cited 2015 Feb 2];14(51):24–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

29. Tudela LL, Ferrer AR. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta : las viñetas COOP / WONCA. Atención Primaria.

30. Ortega T, De la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. … Cuba Enfermería [Internet]. 1999;15(3):164–8. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000300005&script=sci_arttext

31. León D, Rojas M, Campos F. Guía Calidad de Vida en la Vejez - Herramientas para vivir más y mejor. 2011.

32. Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctiva de la actividad físico recreativa. MHSalus. 2004;1:1–12.

33. Igor, Andrea; Lara C. JUBILACIÓN: CAMBIOS PERCIBIDOS EN RELACIÓN A RUTINAS Y ROLES EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE PUNTA ARENAS. 2012.

34. Rodriguez J. CORRELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES DE CAPILLA DE GUADALUPE, TEPATITLÁN DE MORELOS. [Internet]. Universidad de Guadalajara. 2014. Available from: http://148.202.105.18/websecgral/sites/archivos/acuerdo/2007acuerdorg01.pdf

35. Psicología F De, Millán PS, Villanueva FU, Javier E, Fayos GDL. REPERCUSIONES DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA GERONTOLÓGICA SOBRE LA APTITUD FÍSICA, AUTOESTIMA, DEPRESIÓN Y AFECTIVIDAD. Cudernos Psicol del Deport. 2002;2(2):1–17.

36. Navarro, Nancy; Guevara U. Prevalencia de alteraciones en la calidad del sueño en adultos mayores con dolor crónico musculoesquelético. Rev Mex Anestesiol. 2015;38(2):79–84.

37. Zhang S, Tao F, Ueda A, Wei C, Fang J. The influence of health-promoting lifestyles on the quality of life of retired workers in a medium-sized city of

Northeastern China. Environ Health Prev Med [Internet]. 2015;18(6):458–65. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s12199-013-0342-x

38. Eugenia B, Mejía B De. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud ( Cvrs ) En Adultos Mayores De 60 Años : Una Aproximación Teórica. Hacia la Promoc la salud. 2007;12:11–24.

39. Carrasco M, Herrera S, Fernández B, Barros C. Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. Rev Geriatría y Gerontol. 2015;48(1):9–14.

40. Guillermina G, Erick L, Graciela A, María PA. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. artemisa. 2007;15(01222):21–6.

41. I DDG, Bayarre HD, Ii V, Triana E. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas Quality of life perceived in elderlies from Matanzas province. 2009;25(2):1–15.

42. Del Llano, Juan; Pérez S. El impacto de la jubilación sobre la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Fundación Gaspar Casal. 2004.

43. Acuña, Juan Pablo; Olivares A. Dolor en el paciente de la tercera edad. Rev Médica Clínica Condes. 2015;25(4):674–86.

44. Pablo D. PERCEPCIÓN DE BIENESTAR EN EL ENVEJECIMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO DE SERVICIOS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR PERTENECIENTE AL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) CUENCA, 2013. 2014.

45. Aranda, Julio; Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. Univ Psychol Bogotá (Colombia). 2006;5(3):475–85.

# 8. ANEXOS

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

La presente investigación, es conducida por las Doctoras: Carolina Andrade Ortiz y Sandra Romero Hidalgo; de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE.

El objetivo de esta investigación es determinar la influencia de los talleres recreacionales en la calidad de vida y dinámica familiar de la población jubilada.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de dos test que valoran calidad de vida y dinámica familiar. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conteste en estos test será plasmado en una hoja de papel, para posteriormente proceder al análisis de estos datos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. La encuesta será anónima.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede contactarse con las investigadoras mediante correo electrónico: caritoandrade20@gmail.comsandrulis2512@hotmail.com.

Igualmente puede negarse a participar del proyecto sin que esto lo perjudique de alguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

**AUTORIZACION.**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por las Doctoras: Carolina Andrade Ortiz y Sandra Romero Hidalgo; de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE. He sido informado que el objetivo de la investigación es determinar la influencia de los talleres recreacionales en la calidad de vida y dinámica familiar de la población jubilada.

Declaro que me han indicado que tendré que participar de la encuesta por un tiempo aproximado de 15 minutos, que la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sea esta investigación sin mi consentimiento.

Reconozco que mi participación es estrictamente voluntaria y que puedo negarme a participar sin que eso me perjudique en alguna forma. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de esta estudio cuando este haya concluido. Para esto puedo contactarme con las investigadoras mediante correo electrónico: caritoandrade20@gmail.comsandrulis2512@hotmail.com.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| Nombre del participante | Firma | Fecha |

**ANEXO 2**

**ENCUESTA**

Edad: …….

## SEÑALE CON UNA X SU RESPUESTA:

SEXO:

Hombre  Mujer

¿ACUDE A LOS TALLERES RECREATIVOS DEL IESS?

SI  NO

¿CUÁNTO TIEMPO HA ASISTIDO?

1 mes o menos  2 a 6 meses  6 meses a 1 año  Más de un año

¿HASTA QUÉ NIVEL HA ESTUDIADO USTED?

Primaria Completa  Secundaria Completa  Superior Completa  Ninguna

Primaria Incompleta  Secundaria Incompleta  Superior Incompleta

**ESTADO CIVIL:**

Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado

**SU DOMICILIO ES:**

Propio  Arrendado  De un familiar

## Anexo 3: COOP WONKA: FORMA FÍSICA

**¿DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS: ¿CUÁL HA SIDO LA MÁXIMA ACTIVIDAD FÍSICA QUE PUDO REALIZAR DURANTE AL MENOS DOS MINUTOS?**

| | | |
|---|---|---|
| Muy intensa (por ejemplo correr de prisa) |  | 1 |
| Intensa: (Correr con suavidad) |  | 2 |
| Moderada: (Por ejemplo caminar a paso rápido) |  | 3 |
| Ligera (Por ejemplo caminar despacio) |  | 4 |
| Muy ligera (por ejemplo caminar lentamente o no poder caminar) |  | 5 |

## SENTIMIENTOS

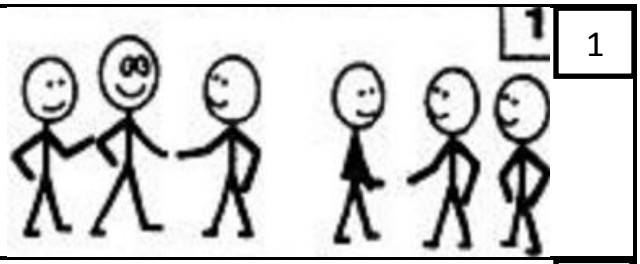
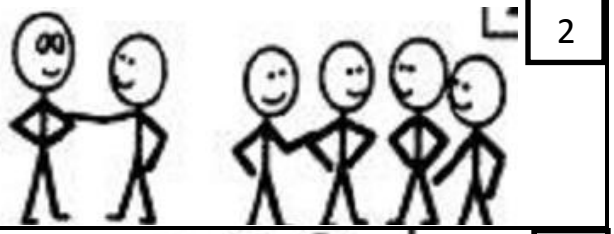
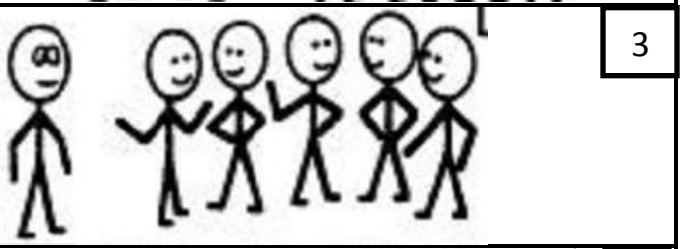
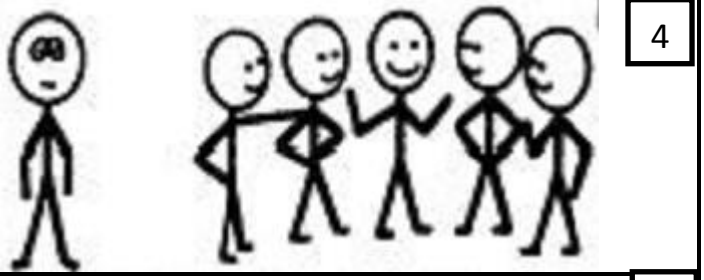
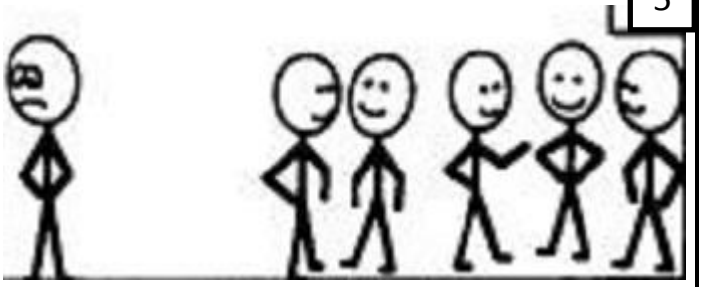
**DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS…**

**¿EN QUÉ MEDIDA LE HAN MOLESTADO PROBLEMAS EMOCIONALES TALES COMO SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN, IRRITABILIDAD O TRISTEZA Y DESÁNIMO**

| | |
|---|---|
| Nada, en absoluto |  1 |
| Un poco |  2 |
| Moderadamente |  3 |
| Bastante |  4 |
| Intensamente |  5 |

## ACTIVIDADES SOCIALES

**DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS… ¿SU SALUD FÍSICA Y ESTADO EMOCIONAL HAN LIMITADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES CON FAMILIA, AMIGOS, VECINOS O GRUPOS?**

| | |
|---|---|
| No. Nada, en absoluto |  1 |
| Ligeramente |  2 |
| Moderadamente |  3 |
| Bastante |  4 |
| Muchísimo |  5 |

**ACTIVIDADES COTIDIANAS**

**DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS… ¿CUÁNTA DIFICULTAD HA TENIDO AL REALIZAR ACTIVIDADES O TAREAS HABITUALES, TANTO DENTRO COMO FUERA DE LA CASA, A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA O POR PROBLEMAS EMOCIONALES?**

| | | |
|---|---|---|
| Ninguna dificultad |  | 1 |
| Un poco de dificultad |  | 2 |
| Dificultad moderada |  | 3 |
| Mucha dificultad |  | 4 |
| Toda, no he podido hacer nada |  | 5 |

**ESTADO DE SALUD**

**DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS…**

**¿CÓMO CALIFICARÍA SU SALUD EN GENERAL?**

| | |
|---|---|
| Excelente | 1  |
| Muy buena | 2  |
| Buena | 3  |
| Regular | 4  |
| Mala | 5  |

**DOLOR**

**DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS… ¿CUÁNTO DOLOR HA EXPERIMENTADO?**

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

**CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD**

**¿CÓMO CALIFICARÍA AHORA SU ESTADO DE SALUD, EN COMPARACIÓN CON EL DE HACE 2 SEMANAS?**

| | |
|---|---|
| Mucho mejor. | 1  |
| Un poco mejor | 2  |
| Igual, por el estilo. | 3  |
| Un poco peor. | 4  |
| Mucho peor | 5  |

| Anexo 4: FF-SIL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Marque con una X la puntuación que se acople a su familia.** | **Casi Nunca** | **Pocas veces** | **A veces** | **Muchas Veces** | **Casi siempre** |
| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **¿Se toman decisiones para cosas importantes en familia?** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **En mi casa predomina la armonía.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Decimos lo que pensamos, sin rodeos, en forma clara.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Las decisiones importantes se toman de acuerdo a experiencias de otras familias.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **¿Se distribuyen las tareas por igual entre todos los miembros de la familia.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Podemos conversar diversos temas sin miedo.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Nos demostramos el cariño que nos tenemos.** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

## ANEXO 5

## TABLA: Edad del Grupo en estudio

**Case ProcessingSummary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| ¿Cuál es su edad? | 347 | 100,0% | 0 | 0,0% | 347 | 100,0% |

**Descriptives**

| | | | Statistic | Std. Error |
|---|---|---|---|---|
| ¿Cuál es su edad? | Mean | | 67,31 | ,221 |
| | 95% ConfidenceIntervalfor Mean | LowerBound | 66,87 | |
| | | UpperBound | 67,74 | |
| | 5% Trimmed Mean | | 67,25 | |
| | Median | | 68,00 | |
| | Variance | | 16,936 | |
| | Std. Deviation | | 4,115 | |
| | Minimum | | 60 | |
| | Maximum | | 79 | |
| | Range | | 19 | |
| | InterquartileRange | | 6 | |
| | Skewness | | ,138 | ,131 |
| | Kurtosis | | -,673 | ,261 |

## Anexo 6: Tabla variable Sexo de la población en estudio.

**¿Cuál es su sexo?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Masculino | 176 | 50,7 | 50,7 | 50,7 |
| | Femenino | 171 | 49,3 | 49,3 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 7: Tabla Asistencia de los jubilados a los talleres del IESS

**¿Acude usted a los talleres del IESS?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Si | 136 | 39,2 | 39,2 | 39,2 |
| | No | 211 | 60,8 | 60,8 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 8: Domicilio de los Jubilados

**¿Su domicilio es?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Propio | 235 | 67,7 | 67,7 | 67,7 |
| | Arrendado | 80 | 23,1 | 23,1 | 90,8 |
| | De un familiar | 32 | 9,2 | 9,2 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 9: Tiempo de asistencia a los talleres del IESS

**¿Cuánto tiempo ha asistido?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 1 mes o menos | 17 | 4,9 | 12,3 | 12,3 |
| | 2 a 6 meses | 29 | 8,4 | 21,0 | 33,3 |
| | 6 meses a 1 año | 39 | 11,2 | 28,3 | 61,6 |
| | Más de un año | 53 | 15,3 | 38,4 | 100,0 |
| | Total | 138 | 39,8 | 100,0 | |
| Missing | System | 209 | 60,2 | | |
| Total | | 347 | 100,0 | | |

## Anexo 10: Nivel de Instrucción de la población en estudio

**¿Hasta qué nivel ha estudiado?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Primaria Completa | 28 | 8,1 | 8,1 | 8,1 |
| | Primaria Incompleta | 27 | 7,8 | 7,8 | 15,9 |
| | Secundaria Completa | 99 | 28,5 | 28,5 | 44,4 |
| | Secundaria Incompleta | 89 | 25,6 | 25,6 | 70,0 |
| | Superior Completa | 70 | 20,2 | 20,2 | 90,2 |
| | Superior Incompleta | 33 | 9,5 | 9,5 | 99,7 |
| | Ninguna | 1 | ,3 | ,3 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 11: Estado Civil de la población en estudio

**¿Cuál es su estado civil?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Soltero | 28 | 8,1 | 8,1 | 8,1 |
| | Casado | 235 | 67,7 | 67,7 | 75,8 |
| | Divorciado | 54 | 15,6 | 15,6 | 91,4 |
| | Viudo | 24 | 6,9 | 6,9 | 98,3 |
| | Separado | 6 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 12: Dinámica Familiar de la población en estudio

**FF-SIL**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Funcional | 233 | 67,1 | 67,1 | 67,1 |
| | Moderadamente funcional | 108 | 31,1 | 31,1 | 98,3 |
| | Familia Disfuncional | 4 | 1,2 | 1,2 | 99,4 |
| | Severamente disfuncional | 2 | ,6 | ,6 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 13: Actividad Física que puede realizar la población en estudio

**¿Cuál es la actividad física que puede realizar?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Muy intensa | 8 | 2,3 | 2,3 | 2,3 |
| | Intensa | 28 | 8,1 | 8,1 | 10,4 |
| | Moderada | 120 | 34,6 | 34,6 | 45,0 |
| | Ligera | 177 | 51,0 | 51,0 | 96,0 |
| | Muy ligera | 14 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 14: Impacto de los sentimientos en el individuo

**¿Cómo afectan sus sentimientos?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Nada | 103 | 29,7 | 29,7 | 29,7 |
| | Un poco | 129 | 37,2 | 37,2 | 66,9 |
| | Moderadamente | 71 | 20,5 | 20,5 | 87,3 |
| | Bastante | 44 | 12,7 | 12,7 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 15: Impacto de sus actividades sociales por su salud física y estado emocional.

**¿Su salud física y estado emocional, han afectado sus actividades sociales?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Nada | 168 | 48,4 | 48,4 | 48,4 |
| | Ligeramente | 97 | 28,0 | 28,0 | 76,4 |
| | Moderadamente | 57 | 16,4 | 16,4 | 92,8 |
| | Bastante | 24 | 6,9 | 6,9 | 99,7 |
| | Muchísimo | 1 | ,3 | ,3 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 16: Impacto de sus actividades diarias por su salud física y estado emocional.

**¿Su salud física y problemas emocionales sus tareas diarias?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Nada | 125 | 36,0 | 36,0 | 36,0 |
| | Un poco | 141 | 40,6 | 40,6 | 76,7 |
| | Moderadamente | 63 | 18,2 | 18,2 | 94,8 |
| | Mucho | 16 | 4,6 | 4,6 | 99,4 |
| | Todo | 2 | ,6 | ,6 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 17: Percepción de su salud

**¿Califique su salud en general?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Excelente | 11 | 3,2 | 3,2 | 3,2 |
| | Muy Buena | 102 | 29,4 | 29,4 | 32,6 |
| | Buena | 129 | 37,2 | 37,2 | 69,7 |
| | Regular | 96 | 27,7 | 27,7 | 97,4 |
| | Mala | 9 | 2,6 | 2,6 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 18: Percepción del dolor.

**¿Cuánto dolor experimenta?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Nada | 68 | 19,6 | 19,6 | 19,6 |
| | Muy leve | 147 | 42,4 | 42,4 | 62,0 |
| | Ligero | 74 | 21,3 | 21,3 | 83,3 |
| | Moderado | 45 | 13,0 | 13,0 | 96,3 |
| | Intenso | 13 | 3,7 | 3,7 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 19: Variación de Salud

**¿Cómo ha variado su salud?**

| | | Frequency | Percent | ValidPercent | CumulativePercent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Mucho mejor | 33 | 9,5 | 9,5 | 9,5 |
| | Poco mejor | 77 | 22,2 | 22,2 | 31,7 |
| | Igual | 173 | 49,9 | 49,9 | 81,6 |
| | Poco peor | 56 | 16,1 | 16,1 | 97,7 |
| | Mucho peor | 8 | 2,3 | 2,3 | 100,0 |
| | Total | 347 | 100,0 | 100,0 | |

## Anexo 20: Operacionalización de Variables.

| Variable | Definición | Dimensión | Indicadores | Escala | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | Condición orgánica que define a hombres y mujeres | Hombre Mujer | Sexo orgánico con el que nacieron los individuos | Hombre-mujer | Encuestas |
| **Grupo ocupacional** | Talleres de terapia socio recreativas de integración, orientados a la promoción, prevención y cuidado integral de los jubilados. | ¿Acude o no a los Talleres Ocupacionales? | Se encuentra o no dentro del grupo de terapia ocupacional del IESS de Cotocollao. | SI y NO | Encuestas |
| **Instrucción académica** | Año más alto de estudios aprobados | Ninguna | No ha realizado ningún estudio | Ninguna | Encuestas |
| | | Básica | Ha recibido educación hasta el | Primero a decimo de | |

| Variable | Definición | Dimensión | Indicadores | Escala | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | décimo año de educación básica o menor | básica | |
| | | Secundaria | Ha alcanzado el bachillerato o algún nivel del ciclo diversificado | Primero a tercero de bachillerato | |
| | | Universitaria | Profesional o ha cursado algún año de educación superior | Inició, terminó profesional | |
| **Estado civil** | Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.: | Soltero | nunca se ha casado ni vive en estado marital | Soltero<br>Casado<br>Unión\| libre<br>Divorciado<br>Viudo | Encuestas |
| | | Casado | Ha contraído matrimonio conforme a la ley y vive con su cónyuge | | |
| | | Unión libre | Vive en estado marital sin haber contraído matrimonio legal con aquélla con la cual convive | | |
| | | Divorciado | ha disuelto su matrimonio por vía legal y no se ha vuelto a casar ni vive en estado marital | | |

| Variable | Definición | Dimensión | Indicadores | Escala | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Viudo | después del fallecimiento de su cónyuge no se ha vuelto a casar ni vive en estado marital | | |
| | | Separado | está separada de su cónyuge, esposo(a) o compañero(a) y no vive en estado marital con otra persona | | |
| **Vivienda** | Local construido, transformado o dispuesto para fines de alojamiento de personas, ya sea temporal o permanente. De acuerdo al uso que se destine | Propia | Vivienda que ha sido adquirida por el jefe u otro miembro del hogar | Propia | Encuestas |
| | | Arrendada | Vivienda donde el jefe u otro miembro del hogar paga un alquiler mensual por vivir en la totalidad o parte de la vivienda | Arrendada | |
| | | Familiar | Local destinado para la morada o domicilio de una o más familias u otro grupo de personas, con o sin vínculos familiares y que en general, hacen vida | Vive con familiar | |

| Variable | Definición | Dimensión | Indicadores | Escala | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | junta | | |
| **Terapia Ocupacional** | Conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que previene y mantiene la salud | Acude a terapia ocupacional | Pertenece por lo menos tres meses al grupo de terapia | Si acude | Encuestas aplicada |
| | | No Acude a terapia ocupacional | No acude a sesiones en los últimos tres meses o acude menor tiempo a lo establecido | No acude | Encuesta aplicada |
| **Calidad de vida (COOP WONCA)** | | | | | |
| **Calidad de vida** | Es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida | Forma física | Máxima actividad física que pudo realizar en al menos dos minutos | Muy intensa, intensa, moderada, ligera, muy ligera. | Escala COOP WONCA |
| | | Sentimientos | En qué medida influyen sus emociones: ansiedad, depresión, irritabilidad, desanimo. | Nada, un poco, moderadamente, bastante, intensamente. | |
| | | Actividades sociales. | Su salud física y estado emocional hay limitado sus estados sociales? | No, ligeramente, moderadamente, | |

| Variable | Definición | Dimensión | Indicadores | Escala | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | bastante, muchísimo. | |
| | | Actividades cotidianas | Dificultad para realizar actividades o tareas habituales. | Ninguna, un poco, dificultad moderada, mucha dificultad, no he podido realizar nada. | |
| | | Cambio en el estado de salud. | Estado de salud en comparación con el de dos semanas. | Mucho mejor, un poco mejor, igual, un poco peor, mucho peor. | |
| | | Estado de salud. | Cómo calificaría su salud en general? | Excelente, muy buena, buena, regular o mala. | |
| | | Dolor | Cuanto dolor ha experimentado en las últimas dos semanas? | Nada de dolor, muy leve, ligero, moderado, intenso. | |
| | | | | | |
| **FF_SIL** | La Funcionalida | Familia funcional, | Suma de: cohesión, armonía, | 70-57 familia | Test FF_SIL |

| Variable | Definición | Dimensión | Indicadores | Escala | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|
| | d familiar consiste en el conjunto de los miembros de la familia, en término de su funcionamiento efectivo, en la dinámica interaccionar, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el | familia moderadamente funcional, familia disfuncional, familia severamente disfuncional. | comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, adaptabilidad. | funcional 56-43 moderadamente funcional 42-28 p disfuncional 27-14p severamente disfuncional | |

| Variable | Definición | Dimensión | Indicadores | Escala | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|
| | crecimiento y desarrollo individua | | | | |