

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES, QUE RECIBEN SERVICIOS EN LOS CENTROS
GERONTOLÓGICOS DE ATENCIÓN DIRECTA DEL MIES, EN GUANO Y
PATATE, PROVINCIAS DE TUNGURAHUA Y CHIMBORAZO, JULIO 2019”**

**DISERTACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

Autoras: DRA. ANGÉLICA MARTÍNEZ FREIRE

DRA. MÓNICA ELIZABETH SÁNCHEZ GRANIZO

Director: DRA. SUSANA LUCÍA TITO LUCERO

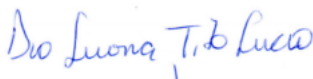
Tutor metodológico: DR. MARCO ANTONIO PINO BEDÓN

Quito, 2020

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema **“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, QUE RECIBEN SERVICIOS EN LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DE ATENCIÓN DIRECTA DEL MIES, EN GUANO Y PATATE, PROVINCIAS DE TUNGURAHUA Y CHIMBORAZO, JULIO 2019”**, presentado por Angélica Martínez y Mónica Sánchez, egresadas de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Posgrado de Geriátría y Gerontología, he concluido que, el presente trabajo de graduación cumple con la reglamentación y políticas de investigación para la respectiva evaluación del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Directivo de la facultad designe, para su estudio y calificación correspondientes.

Quito, 15 junio 2020



DIRECTOR DE TESIS

Dra. Susana Tito Lucero.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación y aplicación de la Ciencia Médica, así como todos los criterios emitidos en el desarrollo de la misma, son de absoluta responsabilidad de las autoras.

Quito, 15 junio 2020

LAS AUTORAS



DRA. ANGÉLICA MARTÍNEZ

CC: 1803050119



DRA. MÓNICA SÁNCHEZ

CC: 1722536719

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la vida, sabiduría y con su bendición haber podido llegar a culminar una etapa importante en nuestra vida.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por habernos abierto las puertas; para acrecentar nuestro conocimiento; procurando ser buenos seres humanos y profesionales al servicio de nuestros semejantes dentro de la geriatría y gerontología.

A nuestros tutores quienes con su vasto conocimiento han encaminado la realización de nuestra tesis, de manera especial a nuestra directora Dra. Susana Tito, Dr. Marco Antonio Pino y Dra. Nidia Rodríguez.

A los miembros del Ministerio de Inclusión Económica y Social por su predisposición para la realización de este trabajo de investigación.

A nuestros padres, hermanos y amigos que de una u otra forma nos brindaron su apoyo incondicional en este arduo y constante desempeño para obtener la especialidad.

DEDICATORIA

A Dios, a mi madre María mi principal guía en mi vida, a mis padres Miguel y Guadalupe por ser mi ejemplo, mi hijo Jorge Miguel mi inspiración y fortaleza, mis hermanas Eliana, Maily, Lupita y Michelle mi apoyo incondicional y a toda mi familia por haberme convertido en la mujer que soy el día de hoy.

Angélica Maricela Martínez Freire

Los sueños siempre marcan el camino a seguir, para alcanzar nuestros objetivos y metas, pero considero que el mayor logro es culminarlos con la bendición de Dios y en compañía de nuestros familiares y amigos fraternos, a quienes dedico el presente trabajo de investigación, ya que sin el apoyo incondicional y emocional día a día de mis padres Mario y Anita, junto a la camaradería, complicidad y motivación de mi hermano David, esto no hubiera sido posible.

También debo mencionar el soporte que me han brindado mis amigas y amigos, en especial a Edwin gracias por su tiempo y conocimiento.

En quienes me regocijo el día de hoy, tras la dicha que me embarga el haber culminado la especialización médica.

Mónica Elizabeth Sánchez Granizo

LISTA DE ABREVIATURAS

<i>MIES:</i>	Ministerio de Inclusión Económica y Social
<i>OMS:</i>	Organización Mundial de la salud
<i>OPS:</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>MSP:</i>	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
<i>CEPAL:</i>	Comisión económica para América Latina y el Caribe
<i>INEC:</i>	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
<i>IESS:</i>	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
<i>PUCE:</i>	Pontificia Universidad Católica del Ecuador
<i>PAM:</i>	Población adulta mayor
<i>CV:</i>	Calidad de Vida
<i>PEI:</i>	Población económicamente inactiva
<i>BID:</i>	Banco Interamericano de Desarrollo
<i>SABE:</i>	Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento
<i>NIB:</i>	Necesidades Básicas Insatisfechas
<i>AVAD:</i>	Años de vida ajustados por discapacidad
<i>MMSE:</i>	Mini-Mental State Examination
<i>ABVD:</i>	Actividades Básicas de la Vida Diaria
<i>AIVD:</i>	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

CONTENIDO

Pág.

LISTA DE ABREVIATURAS	vi
------------------------------------	-----------

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.....	1
--------------------------	----------

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO	3
----------------------------	----------

2.1.	Envejecimiento.....	3
2.1.1	Definición.....	3
2.1.2	Características demográficas del envejecimiento.....	4
2.1.2.1	Proyección de Pirámide Poblacional 2000 – 2050 de Ecuador.....	5
2.1.3	Determinantes del envejecimiento poblacional.....	9
2.1.3.1	Índice de envejecimiento	10
2.1.4	Tipos de envejecimiento	16
2.1.5	Características de la población estudiada Tungurahua y Chimborazo.....	22
2.2	Calidad de vida en el adulto mayor.....	24
2.2.1	Definición de Calidad de Vida.....	24

2.2.2	Determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor.....	25
2.2.3	Medición de la calidad de vida	31
2.2.4	Instrumentos para medir la calidad de vida en el adulto mayor: La escala Integral, la escala Whoqol-Bref de la OMS, la escala GENCAT y la escala Fumat	32
2.3	Servicios de Cuidado Gerontológico.....	35
2.3.1	Modalidades de atención gerontológica que encontramos en el MIES	35

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS..... 38

3.1	Justificación.....	38
3.2	Planteamiento de problema	41
3.3	Preguntas de investigación	41
3.4	Objetivos	41
3.4.1	Objetivo general.....	41
3.4.2	Objetivos específicos	42
3.5	Hipótesis.....	42
3.5.1	Nula.....	42
3.5.2	Alternativa	42
3.6	Metodología.....	43
3.6.1	Operacionalización de variables	43
3.7	Universo y muestra.....	49
3.7.1	Criterios de inclusión	50
3.7.2	Criterios de exclusión	50
3.7.3	Tipo de diseño.....	51
3.7.4	Procedimientos de recolección de información	51
3.7.5	Plan de análisis de los datos	52

3.8	Aspectos bioéticos	52
-----	--------------------------	----

CAPÍTULO IV

RESULTADOS..... 53

4.1	Introducción.....	53
4.2	Características de la población de estudio.....	53
4.3	Modalidad de atención y calidad de vida	59
4.3.1	Relación de la calidad de vida con variables socio-demográficas, clínicas y geriátricas	61

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN..... 75

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES..... 87

6.1	Conclusiones	87
6.2	Recomendaciones.....	88
6.3	Limitaciones	89

BIBLIOGRAFÍA..... 90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Ecuador: Esperanza de Vida, Esperanza de Vida Saludable y años de Vida poco Saludable para el año 2015.....	4
Gráfico 2. Proyección poblacional en Ecuador desde el año 2000 al 2050.....	5
Gráfico 3. Distribución de años de Vida Ajustados por Discapacidad en ALC.....	8
Gráfico 4. Índice de soporte potencial ha disminuido sustancialmente entre 2000 y 2050.....	14
Gráfico 5. Los determinantes del envejecimiento activo.....	19
Gráfico 6. Constructo de envejecimiento saludable.....	20
Gráfico 7. Concepción del envejecimiento saludable.....	21
Gráfico 8. Provincias que tienen mayor cantidad de personas adultas mayores.....	23
Gráfico 9. Ciclo de Vida Sobre El Envejecimiento Activo.....	26
Gráfico 10. Pirámide de Maslow.....	27
Gráfico 11. Funcionalidad y envejecimiento.....	27
Gráfico 12. Trayectoria de la capacidad funcional, intrínseca y oportunidades para la acción de salud pública.....	28
Gráfico 13. Dimensiones del envejecimiento que influyen en la calidad de vida.....	29
Gráfico 14. Objetivos y necesidades de vida en el adulto mayor.....	29
Gráfico 15. Modelo metodológico.....	43
Gráfico 16. Calidad de vida en los adultos mayores que asisten a los centros de atención directa del MIES, en las provincias de Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.....	60
Gráfico 17. Calidad de vida en los adultos mayores, por rangos de edad, que acuden a los centros de atención directa del MIES.....	61
Gráfico 18. Calidad de vida en los adultos mayores, de acuerdo al sexo femenino y masculino, que acuden a los centros de atención directa del MIES.....	62
Gráfico 19. Calidad de vida en los adultos mayores sin pareja y con pareja, que acuden a los centros de atención directa del MIES.....	63
Gráfico 20. Calidad de vida en los adultos mayores que viven solos o acompañados y acuden a los centros de atención directa del MIES.....	64
Gráfico 21. Calidad de vida en los adultos mayores con o sin incontinencia, que acuden a los centros de atención directa del MIES.....	65
Gráfico 22. Calidad de vida en los adultos mayores, sin patología o con alguna patología que acuden a los centros de atención directa del MIES.....	66

Gráfico 23. Calidad de vida en los adultos mayores con o sin polifarmacia, que acuden a los centros de atención directa del MIES.	67
Gráfico 24. Calidad de vida en los adultos mayores que toman tres o más medicamentos (polifarmacia) y acuden a los centros de atención directa del MIES.	68
Gráfico 25. Calidad de vida en los adultos mayores que no tienen polifarmacia y acuden a los centros de atención directa del MIES.	69
Gráfico 26. Relación entre calidad de vida percibida y funcionalidad para ABVD, en los centros de atención directa del MIES.	70
Gráfico 27. Relación entre calidad de vida percibida y funcionalidad para AIVD, en los centros de atención directa del MIES.	71
Gráfico 28. Relación entre calidad de vida percibida en los adultos mayores independientes para las AIVD, en los centros de atención directa del MIES.	72
Gráfico 29. Relación entre calidad de vida percibida en adultos mayores dependientes para las AIVD, en los centros de atención directa del MIES.	73
Gráfico 30. Relación entre calidad de vida percibida en adultos mayores sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo, en los centros de atención directa del MIES.	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Incremento de la proyección de la población mundial por grupo de edad 2005–2050	6
Tabla 2. Causas de mortalidad en Ecuador en la población adulta mayor año 2015-2018	7
Tabla 3. Índice global de envejecimiento mundial.....	11
Tabla 4. Índice global de envejecimiento en Ecuador.....	12
Tabla 5. Ecuador Indicadores económicos de la población adulta mayor al año 2020	15
Tabla 6. Comparativa de escalas de medición de Calidad de Vida.....	34
Tabla 7. Diferenciación de servicios de Cuidados gerontológicos.....	37
Tabla 8. Tabla de proyección de datos de informe de envejecimiento y dependencia en Ecuador 2015-2050.....	38
Tabla 9. Operacionalización de variables sociodemográficas.....	45
Tabla 10. Operacionalización de variables clínicas.....	46
Tabla 11. Operacionalización de variables geriátricas	47
Tabla 12. Operacionalización de variables Calidad de vida.....	48
Tabla 13. Estimación para la proporción de la muestra de la población	49
Tabla 14. Características sociodemográficas y clínicas	54
Tabla 15. Las características demográficas y gerontológicas, desagregadas con tipo de servicio recibido.....	56
Tabla 16. Funcionalidad para abvd de los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos	58
Tabla 17. Funcionalidad para AIVD de los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos	58
Tabla 18. Estado cognitivo de los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos	59
Tabla 19. Categorías de calidad de vida percibida de acuerdo al percentil	59

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación está constituido por seis capítulos y apéndice. En el primer capítulo se detalla, la introducción en el que se destaca un resumen de la investigación por capítulos y se explica cómo se desarrolla el envejecimiento en el país y en el mundo, la población adulta mayor está en constante crecimiento, lo que provoca un cambio en la pirámide sociodemográfica en América Latina, para el año 2050 se explica que una de cada cuatro personas tendrá más de 60 años en esta región. (Aranco et al. 2018)

El segundo capítulo, se describe el marco teórico que se explica con el desarrollo de los siguientes temas: envejecimiento y su definición, características demográficas del envejecimiento, intensidad del envejecimiento, esperanza de vida al nacer, esperanza de vida a los 60 años, esperanza de vida libre de carga de enfermedad, esperanza de vida libre de discapacidad, índice de envejecimiento y envejecimiento global. Se aborda además los tipos de envejecimiento y sus determinantes, las características de la población estudiada Tungurahua y Chimborazo, se describe la calidad de vida su definición y determinantes, instrumentos utilizados en el adulto mayor para medir calidad de vida, la escala Fumat. Se concluye exponiendo los centros de servicio gerontológico y sus tipos de servicio en el Ministerio de Inclusión Económica y social.

En el cuarto capítulo destacamos los resultados en los que se describen las principales características sociodemográficas, clínicas, geriátricas que cumplen con la hipótesis y la metodología de investigación previamente señalada.

En el quinto capítulo consta la discusión en donde se sustenta con una completa revisión bibliográfica, los resultados que coinciden con datos estadísticos internacionales, desde el punto de vista clínico, funcional y social, así como la calidad de vida percibida en los centros de atención directa de los cantones Guano y Patate.

El sexto capítulo hace referencia a las conclusiones, recomendaciones y limitaciones del presente estudio que relaciona a la disminución de la funcionalidad y correlación con su efecto de la calidad de vida.

Finalmente, se adjuntan las referencias bibliográficas que cumplen las normas de la sexta edición de la American Psychological Association (APA), seguido del apéndice en donde constan los anexos utilizados como la escala de Barthel, Mini-Mental State Examination (MMSE), escala Fumat, autorización para realizar la encuesta.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Envejecimiento

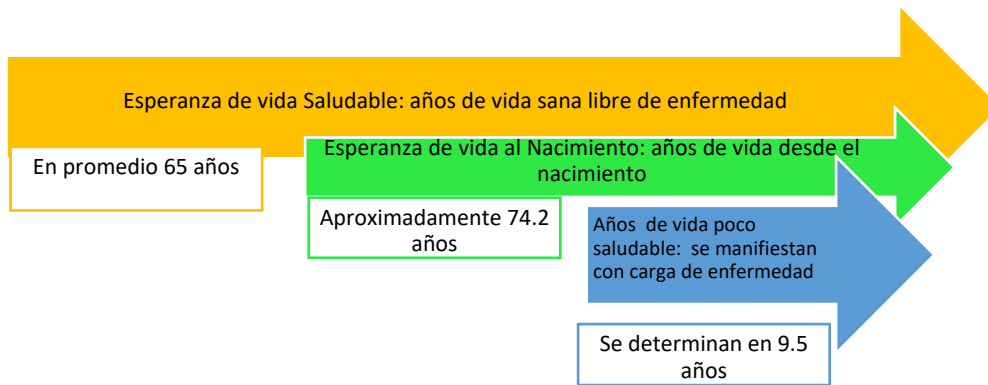
2.1.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años. En el Ecuador se considera persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad.(Registro oficial suplemento 484, 2019)

El envejecimiento es el “Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.” (Organización Panamericana de la Salud, 2017), se produce como consecuencia de la disminución de la tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. Se espera que en el país aumente progresivamente la proporción de personas mayores. La forma de envejecer no es un fenómeno individual sino colectivo y varía de acuerdo al tipo de sociedad, costumbres, cultura y tradiciones, accesos a salud, educación, sistemas provisionales, recursos económicos y científicos, entre otros; todo esto determina que existan contrastes importantes en la intensidad y características del envejecimiento. (Valdez & Ferreira, 2012)

El envejecimiento en una visión total lleva a analizar el cómo expandir los años funcionales a lo largo de la vida, es entonces que se comprende la importancia de la coexistencia de un enfoque multidimensional (biomédico, psicológico, social, cultural) en la esperanza de vida saludable, la esperanza de vida al nacer y los años de vida poco saludables (Gráfico No.1). (Coll 2019)

Gráfico 1. Ecuador: Esperanza de Vida, Esperanza de Vida Saludable y años de Vida poco Saludable para el año 2015



Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2020)

Entonces el envejecimiento poblacional al cual se aspira, es multidimensional e incluye: salud física, funcionalidad, participación social, relaciones e interacciones sociales; y propone evitar enfermedades y discapacidades mediante una correcta promoción y prevención de la salud para mantener una adecuada función cognitiva, emocional y física; permitiendo así una participación activa del adulto mayor en la comunidad, cumpliendo expectativas en la comunidad. (Huenchuan Navarro 2018; pubmeddev y JM s/f)

2.1.2 Características demográficas del envejecimiento

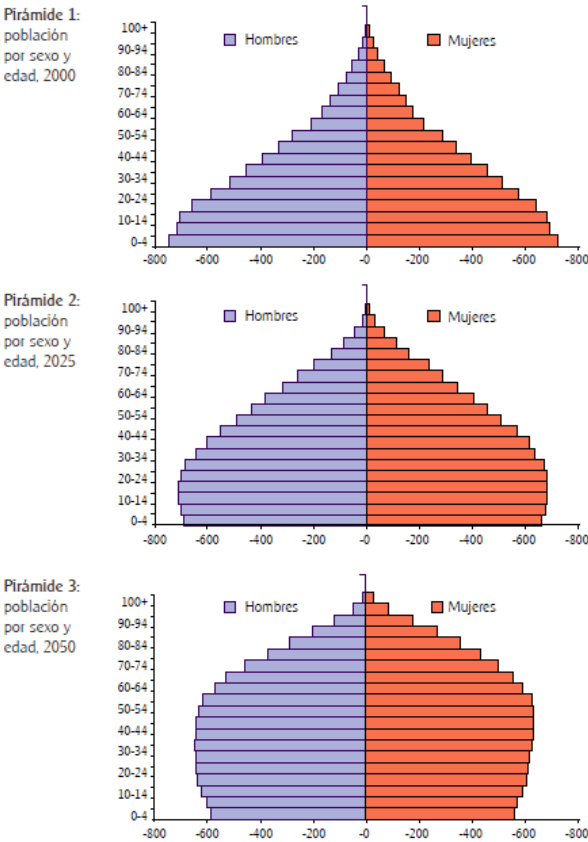
En cuanto a la intensidad del envejecimiento Se espera que la población de más de 60 años se duplique en el año 2050 y llegue al 22% de la población mundial, lo que equivalele a 2,1 mil millones de adultos mayores. El número absoluto de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en el año 2015, a 1400 millones para el 2030, a 2100 millones para el año 2050 y, podría llegar a 3200 millones en el año 2100. Por lo tanto, es importante prepararse de una manera global para vivir con una población en su mayoría envejecida. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En el Ecuador, de acuerdo a las proyecciones poblacionales del INEC, en el año 2021 la población adulta mayor será de 1'358.838 y para el año 2030 será aproximadamente de 1'895.527 personas adulta mayores (Urtamo, Jyväkorpí, y Strandberg 2019) (Aranco

et al. 2018). Este cambio demográfico se atribuye al aumento en la expectativa de vida, la disminución de la tasa de mortalidad infantil, la migración y las menores tasas de fertilidad.

2.1.2.1 Proyección de Pirámide Poblacional 2000 – 2050 de Ecuador.

Gráfico 2. Proyección poblacional en Ecuador desde el año 2000 al 2050



Fuente: Tomado de Proyecciones INEC Censo poblacional (2010)

El MIES menciona que, a nivel mundial, se calcula que cada 2 segundos 2 personas cumplen 60 años, y se contabiliza que al momento existen 810 millones de personas adultas mayores. (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2015; Sánchez 2015)

Entre el año 2025 a 2030, la **esperanza de vida al nacer en América Latina y el Caribe** aumentará a 80,7 años para las mujeres y a 74,9 años para los hombres. Las proyecciones para Estados Unidos y Canadá revelan cifras aún más altas de 83,3 años para las mujeres

y 79,3 años para los hombres. (Organización Panamericana de la salud, 2015). En el Ecuador para el año 2020 la esperanza de vida es de 80,1 años para las mujeres y de 74,5 años para los hombres; se espera que el 2050 la esperanza de vida llegue a los 90 años. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

El aumento del número de personas mayores y la prolongación de vida hacia edades más longevas, es una tendencia mundial que se replica en América Latina; se calcula que más de 11 millones de personas superan hoy los 80 años y unos 5 millones los 85 años. (Huenchuan Navarro 2018) (Davies et al. 2019)

Este cambio demográfico comenzó en los últimos 100 años, a partir de 1950, por lo que para el año 2060, la pirámide se parecerá a un domo, incluso algunos predicen que se transformará en un rectángulo porque, en muchos países, la población mayor de 85 años está creciendo más rápido. Se proyecta entonces que la población global de esos 85 a 99 años aumentará en un 151% de 2005 a 2050, mientras que la población mayor de 100 años se espera que aumente en más del 400% (Tabla No. 1). (Galiana y Haseltine 2019)

Tabla 1. Incremento de la proyección de la población mundial por grupo de edad 2005–2050

AGE	PERCENT INCREASE (%)
0-64	21
65+	104
85+	151
100+	400

Fuente: Tomado de Galiana J. y Haseltine W.A. (2019), *Aging Well: Solutions to the Most Pressing Global*

La esperanza de vida luego de los 60 años se trata de los años ganados de vida luego de los 60 años, a nivel mundial la esperanza de vida a los 60 años se ha calculado en 21 años; la esperanza de vida en América Latina y el Caribe luego de los 60 se prevé en 20,7 años para las mujeres y 14,9 años para los hombres (Organización Panamericana de la Salud, 2017), en el país, para el año 2018 se ha mantenido una esperanza de 16,8

años, para las mujeres y para los hombres 14,6 años. (United Nations & Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2017)

Esperanza de vida libre de enfermedad: Se obtiene combinando la tabla de mortalidad con la tasa de personas que tienen diagnosticada al menos una enfermedad crónica. (Marchionni, Sell, & Lorenzini, 2020). En el mundo en el año 2012 la esperanza de vida libre de enfermedad crónica era de sólo 28,81 años (31,34 para los varones y 26,16 años para las mujeres). En Ecuador se proyecta para el año 2020 tener 9,5 **años libres de enfermedad** luego de cumplir los 60 años, **la relación de dependencia de cuidados** para adultos mayores pasa en el año 2015 de 2,4% y se proyecta para el año 2050 en 7,2%. (Aranco et al., 2018)

Es así que las enfermedades crónicas, son la primordial causa de morbilidad, a mayor edad existe un incremento del número de enfermedades concomitantes (comorbilidad). Las principales enfermedades crónicas presentes en la población adulta mayor (PAM) son: hipertensión, diabetes mellitus, artrosis, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cerebrovascular, cáncer y tuberculosis. (Rodríguez y García 2018)

Tabla 2. Causas de mortalidad en Ecuador en la población adulta mayor año 2015-2018

Causas de mortalidad	Total, de defunciones	Tasa por 100 mil
1. Enfermedades isquémicas del corazón	4.151	259,05
2. Diabetes mellitus tipo II	3.654	228,03
3. Enfermedades cerebrovasculares	3.250	202,82
4. Enfermedades hipertensivas	3.123	194,89
5. Influenza y Neumonía	2.606	162,63
6. Enfermedades respiratorias de las vías inferiores	1.600	99,85
7. Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1.554	96,98
8. Enfermedad de vías urinarias	1.412	88,12

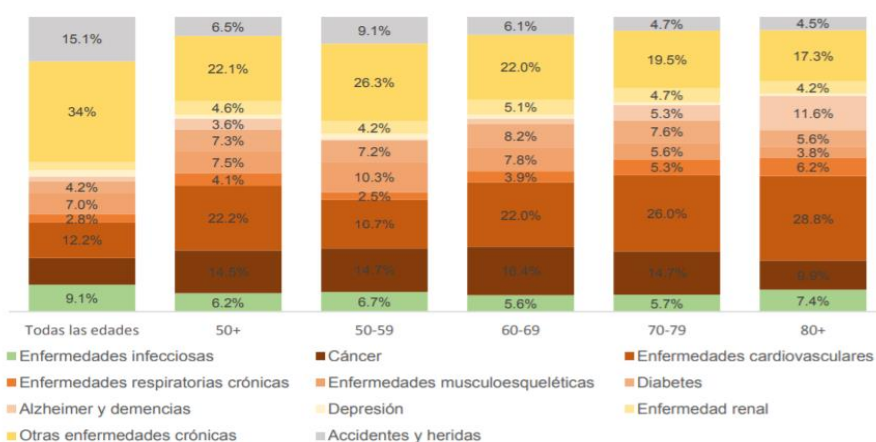
Tabla 2. (Continuación)

Causas de mortalidad	Total, de defunciones	Tasa por 100 mil
9. Tumor maligno del estómago	1.106	69,02
10. Insuficiencia cardíaca congestiva	884	55,17

Fuente: Tomado de Organización Panamericana de la Salud (2018), *OPS Datos de mortalidad*

Es por las enfermedades mencionadas que son comunes en la vejez que se presenta la carga total de enfermedades y esta se expresa como la cantidad de **Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)** que son los años de vida saludable que se pierden a causa de la presencia de enfermedades, accidentes o incapacidad explicado en el gráfico No. 3 (**Huenchuan Navarro 2018**)

Gráfico 3. Distribución de años de Vida Ajustados por Discapacidad en ALC



Fuente: Tomado de Aranco et al. (2018), *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*

Dentro de los cambios adaptativos es importante mencionar que el peso corporal está influenciado por las condiciones de vida pasadas y presentes, que se relaciona con el estado nutricional y el nivel de actividad física, que intervienen en la calidad de vida del adulto mayor. (Kim et al. 2020)

Los DALYs (Disability Adjusted Life Years) corresponden a los años de vida ajustados

por la Discapacidad, sus siglas en español son AVADs. Los DALYs se presentan, mediante estudios de carga de la enfermedad, el impacto de la mortalidad y discapacidad asociada a enfermedades específicas.(Alvis & Valenzuela, 2010)

QALYs (Quality Adjusted Life Years) se trata de la calidad de vida ajustados por los años de vida y sintetizan los resultados de salud, este en un indicador que combina el número de años vividos con la calidad de vida experimentada durante esos años.(Alvis & Valenzuela, 2010)

La esperanza de vida libre de discapacidad se trata de la esperanza de vida de cumplir 60 años y mantenerse libre de discapacidad, (Boggatz, 2020) se entiende a toda limitación importante para realizar las actividades de la vida diaria que dura más de 1 año y tenga su origen en una deficiencia, este indicador se obtiene combinando la tabla de mortalidad con la tasa de discapacidad general, en España el Instituto Nacional de Estadísticas informa que una persona de 65 años tenía una esperanza de vida de 19,8 años, de los que 14,2 eran libres de discapacidad y 5,6 con discapacidad, la incidencia en América Latina de discapacidad básica aumenta a partir del tramo de 50 a 54 años de edad, y se acelera progresivamente hasta los 65 a 69 años, existen varios tipos como son discapacidad severa, para actividades básicas de la vida diaria, de movilidad, de autocuidado. (Aranco, Stampini, Ibararán, & Medellín, 2018) («Healthy aging: The ultimate preventative medicine | Science», s. f.)

2.1.3 Determinantes del envejecimiento poblacional

En el envejecimiento no es suficiente aumentar el número de años vividos, es necesario invertir para que el aumento de la esperanza de vida vaya acompañado de mejoras en las condiciones y calidad de vida, para que uno pueda disfrutar de una vejez activa y saludable durante el período mientras sea posible. (Vicente & Santos, 2013)

2.1.3.1 Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes, se calcula dividiendo el número de personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100. El incremento acelerado de la población de 60 años y más, se refleja claramente en el aumento del índice de envejecimiento. (Organización Panamericana de la Salud, 2017) (OPS, 2019)

El Índice Global de Envejecimiento o “AgeWatch” es el primer marco analítico que emplea los últimos datos comparativos y cuantitativos internacionalmente disponibles para medir y monitorear globalmente aspectos claves del bienestar económico y social de personas adultas mayores.

Este índice está de acuerdo con las recomendaciones del informe 2013 del Panel de Alto Nivel para la Agenda de Desarrollo Post 2015 de Naciones Unidas, A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies Through Sustainable Development (“Una nueva alianza global: erradicar la pobreza y transformar economías a través del desarrollo sostenible”) (Naciones Unidas 2013).

El objetivo general del Índice Global de Envejecimiento, es promover el desarrollo de políticas y programas que mejoren la calidad de vida y el bienestar de las generaciones presentes y futuras de personas adultas mayores. El Índice ha sido elaborado combinando indicadores estadísticos accesibles de fuentes de datos internacionalmente comparables, sobre el bienestar -país por país- de sus adultos mayores.(Organización Mundial de la Salud, 2015)

Toma en cuenta cuatro atributos: seguridad de ingresos, estado de salud, empleo y educación o llamada también “competencias” y, entornos adecuados. En cada uno de estos se analizan los siguientes indicadores que se exponen en la tabla No. 3 y tabla No. 4. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Tabla 3. Índice global de envejecimiento mundial

Atributos			
1. Seguridad de Ingresos	2. Estado de salud	3. Empleo y Educación	4. Entornos Adecuados
Indicadores			
1.1. Cobertura por ingresos	2.1. Esperanza de vida a los 60 años	3.1. Empleo de personas	4.1. Conexiones sociales
1.2. Tasa de pobreza en personas mayores	2.2. Esperanza de vida saludable a los 60 años	3.2. Estado educativo de las personas mayores	4.2. Seguridad física
1.3. Bienestar relativo de personas mayores	2.3. Bienestar Psicológico		4.3. Libertad cívica
1.4. PIB per cápita			4.4. Acceso a transporte
Indicadores de resultado directo del Bienestar de las personas mayores		Poder de atributos/capacidad de las personas mayores	Entornos sociales adecuados

Fuente: Tomado de Organización Mundial de la Salud (2015), *Índice Global de envejecimiento, Informe 2014*

La clasificación en el índice de envejecimiento ubica a Ecuador en el puesto 33 en el ranquin que incluye 80 países siendo primero Noruega y el último Sudáfrica. (OMS, 2015)

Tabla 4. Índice global de envejecimiento en Ecuador

Atributos			
1. Seguridad de Ingresos	2. Estado de salud	3. Empleo y Educación	4. Entornos Adecuados
Indicadores			
1.1. Cobertura por ingresos	2.1. Esperanza de vida a los 60 años	3.1. Empleo de personas	4.1. Conexiones sociales
Erradicar la incidencia de pobreza extrema por ingresos, reduciéndola del 8,7% al 3,5% a 2021. En nuestro país el 75,34% de la población mayor a 65 años no cuenta con afiliación a un seguro de salud; y solo el 24,66% de la población está afiliada al IESS, estas cifras nos permiten analizar la debilidad de la seguridad social.	Se trata de los años ganados de vida luego de los 60 años, en el país, para el año 2018 subió a 16,8 años a nivel general, para las mujeres de 19,65 años, mayor que la de los hombres que fue de 14,6 años.	La tasa de desempleo paso de 40,6 % en diciembre de 2018 a 38,8 % en diciembre de 2019, en la tasa de participación global se ubicó en 65,3%. Generar competencias laborales en las personas adultas mayores que se encuentran en situación de pobreza extrema es el objetivo primordial.	La ley promueve varios beneficios para las personas adultas mayores, una de ellas es la exoneración del 50% para el adulto mayor y un acompañante en las tarifas de transporte aéreo, terrestre, marítimo, fluvial, entradas a los espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos, paquetes turísticos y recreacionales, además del acceso gratuito a los museos, el 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo, el 14,9% son víctimas de negligencia y abandono, se gestiona la revisión del modelo de gestión para la implementación de actividades recreativas.
Indicadores			
1.2. Tasa de pobreza en personas mayores	2.2. Esperanza de vida saludable a los 60 años	3.2. Estado educativo de las personas mayores	4.2. Seguridad física
A nivel nacional la pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) alcanza al 60,1% De acuerdo a la información censal (INEC. Censo de Población y Vivienda 2010), las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son en su mayoría deficitarias, estimándose que el 57,4%, que corresponde a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza.	Se trata de los años saludables ganados de vida luego de los 60 años, son en promedio 5 años, lo que demanda mayores políticas públicas para mejorar este indicador	De acuerdo con el Censo de 2010, solo el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres adultas mayores han completado la secundaria, y solo un 54,9% de los adultos mayores ha completado los ciclos primario y básico. Otro dato de importancia, es que 1 de cada 4 personas adultas mayores es analfabeta. Esta condición es mayor en las mujeres, cuyo porcentaje llega al 29%, y en el caso de los hombres, es del 20% (Encuesta ENEMDUR 2009),	La ampliación de la cobertura de la seguridad social en el adulto mayor incide en mantener una seguridad física, en el país existe una aparente seguridad física con la cobertura dada por los diferentes seguros MSP, IESS, ISFFA, ISSPOL.

<p>1.3. Bienestar relativo de personas mayores</p> <p>Al momento, 7 de cada 100 ecuatorianos/as son personas adultas mayores. La realidad de la población adulta mayor (PAM) en nuestro país transcurre entre las necesidades de contar con ingresos para subsistir, así como atención oportuna de salud.</p>	<p>2.3. Bienestar Psicológico</p> <p>El apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida, se incide directamente en la calidad de vida.</p>	<p>aunque la encuesta SABE I, señala que el 80,65% de personas adultas mayores no tienen un alfabetismo funcional.</p>	<p>4.3. Libertad cívica</p> <p>La población adulta mayor puede envejecer con seguridad y dignidad y puede continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Por lo tanto, es fundamental Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores pero no se contempla el sector financiero que tiene grandes limitaciones (préstamos, tarjetas de crédito y licencias de conducir).</p>
--	--	--	---

Atributos			
1. Seguridad de Ingresos	2. Seguridad de Ingresos	3. Seguridad de Ingresos	4. Seguridad de Ingresos
Indicadores	Indicadores	Indicadores	Indicadores
<p>1.4. PIB per cápita</p> <p>EL PIB per cápita al año 2018 es 6.344,9. No existe una desagregación de inversión en servicios para las personas adultas mayores.</p>		<p>Poder de atributos/capacidad de las personas mayores</p>	<p>4.4. Acceso a transporte</p> <p>Las políticas que apoyan en la vejez como pensiones, oportunidades de educación, transporte subsidiado han evolucionado lentamente, en nuestro país se considera un subsidio al pasaje para personas de la tercera edad con un 50%, pero no así las facilidades de movilidad en las unidades de transporte.</p>
<p>Indicadores de resultado directo del Bienestar de las personas mayores</p>			<p>Entornos sociales adecuados</p>

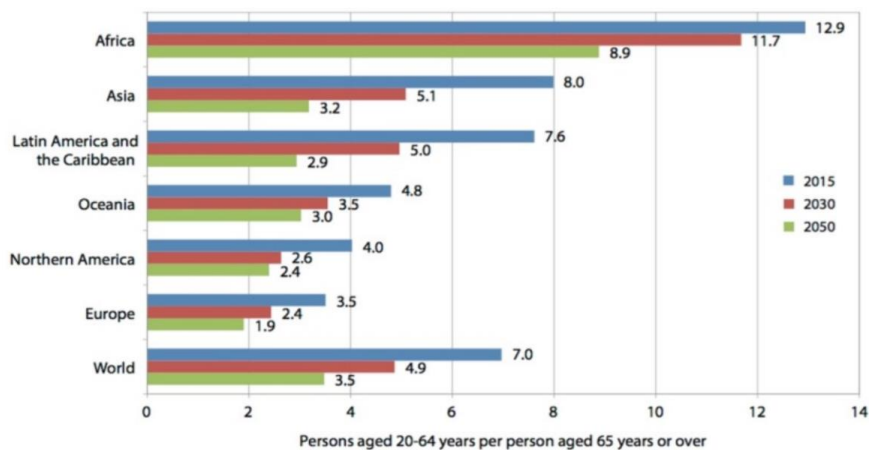
Fuente: Tomado de HelpAge International (2014). Índice Global de envejecimiento, Organización Mundial de la Salud (2015), Ministerio de Inclusión Económica y Social (2015)

Así analizamos que la mayor tasa de desarrollo económico de un país se asocia con la longevidad debido a: las mejores condiciones de salud, alimentación, trabajo remunerado, mayor cobertura de los sistemas de protección social, entre otros; esto determina una mejor calidad de envejecimiento celular y molecular lo que ha favorecido la presencia de cambios adaptativos en la población adulta mayor. (Marchionni, Sell, y Lorenzini 2020)

El observatorio de la vejez en el año 2016 plantea la **edad social o edad de jubilación**, y hace referencia a la disminución de las capacidades funcionales intelectuales y productivas del ser humano en general. (González-Montalvo et al. 2020). En esta etapa se asume que la productividad de la población adulta mayor es una pérdida más que una ganancia, transformándose en una carga social para cualquier país.

Es por esto que se habla del **índice de soporte potencial**, que se define como la necesidad potencial de soporte social de la población en edades inactivas por parte de la población en edades activas. Es el cociente entre la suma de los grupos de población de menos de 15 y de 65 y más años de edad y la población de 15 a 64 años de edad, esta nos permite ver cuanta población económicamente activa soporta a la población económicamente inactiva como es el caso de la PAM (Gráfico No.4). (Guerrero et al. 2006)

Gráfico 4. Índice de soporte potencial ha disminuido sustancialmente entre 2000 y 2050



Fuente: Galiana J. y Haseltine W.A. (2019), (Coll 2019)

En el artículo publicado en Ecuador con fecha 12 de abril de 2019, menciona que vivimos en el tercer país de América Latina y el Caribe con una **tasa de reemplazo de seguridad social** más alta. Así en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) tiene una alta substitución, en comparación según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con Paraguay y México (Patricia González 2019), por lo que se estima económicamente que en el año 2050 los ecuatorianos mayores de 65 años sean más de 3,4 millones; esto significará que por cada 100 personas en edad de trabajar, habrá 40 adultos mayores con la repercusión socio-económica que representa.(Anón s/f) (García 2016)

Dentro de los tres países de América Latina considerados como los mejores para envejecer son Chile ya que cuenta con una tasa de empleo del 65,4%, con una cobertura de pensiones del 83% y una tasa de pobreza en la vejez del 15,2% a este país se suma Uruguay y Panamá. (Mundo 2015)

En Ecuador solo un pequeño porcentaje de adultos mayores cuenta con seguridad social, otro grupo mínimo cuenta con seguridad privada mientras que otros pocos acceden a la pensión jubilar no contributiva conocido como bono “Mis Mejores años”, destinado para personas adultas mayores en situación pobreza y de extrema pobreza (Tabla No. 3). (Aranco et al. 2018). En la tabla No. 5 se evidencian las diferencias económicas entre la población general y los adultos mayores pobres y extremadamente pobres en el Ecuador.

Tabla 5. Ecuador Indicadores económicos de la población adulta mayor al año 2020

INDICADORES	POBLACIÓN GENERAL	PAM
Proporción de adultos mayores	7%	7 de cada 100 PAM
Seguridad Social	60,7%	11,1% (jubilada)
Pensión jubilar no contributiva	-	30%
Bono de pobreza	59,6%	20%
Bono de extrema pobreza		9,9%
Tasa de empleo	66,5%	6%
Tasa de cobertura de pensiones	-	5,6%
Índice de pobreza	25,8%	0,25% (2975 personas)
Índice de extrema pobreza	23,2%	4,8% (60000 personas)
Índice Gini (desigualdad)	0,473%	-

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2017), Sánchez (2015), Gonzalez et al. (2018), Coll (2019)

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2020)

Todo lo mencionado ha provocado que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y OMS soliciten a los gobiernos estar preparados para salvaguardar un envejecimiento seguro que garantice una calidad de vida con el cumplimiento de indicadores de eficacia.

(Peña 2014)

En conclusión, la etapa de la vida en la cual se ingresa a la vejez no se puede precisar con claridad porque la concepción de vejez está más alejada de la edad cronológica y tiene relación con la percepción individual, psicológica, física, emocional, bioquímica y social. Además, en la actualidad se maneja el concepto desde el punto de vista comunitario y su relación con el medio ambiente. El envejecimiento es un concepto social, biológico, cultural y antropológico, que puede ser parcialmente regulado o no por la persona (alimentación, estilo de vida, enfermedades de base, consumo problemático de alcohol, etc.). (García 2014) **(Martin et al. 2015)** **(Kim, Bang, Arulkumar, et al. 2020)**

2.1.4 Tipos de envejecimiento

El proceso de envejecimiento en el ser humano se da en varias facetas desde la antigüedad en donde Aristóteles describe diversas fases de la vida en el ser humano comenzando en secuencia por la infancia, la adolescencia, la adultez y como la faceta más prolongada, la longevidad en la que se maneja un impacto social de deterioro y ruina, considerando finalmente a la vejez como una enfermedad natural. **(Gonzales, 2016)**

Según la encuesta “Soledad y riesgo de aislamiento social” aplicada en España, realizada por la Caixa (2019) se determinó como factor de riesgo que incide en el tipo de envejecimiento, el aislamiento que se acompaña de soledad emocional, presente en el 39,8% de las personas mayores de 65 años, siendo más notorio en los hombres que en las mujeres. **(Geriatricarea, 2019)**

Lo que se evidencia en los cambios que la sociedad adulta mayor ha ido experimentando en el presente siglo, lo que muchos llaman un, “momento único” denominado la generación sandwich, porque se encuentran cuidando tanto a sus hijos como a sus padres, lo que en ocasiones provoca un descuido al adulto mayor en el mismo núcleo familiar. **(Martínez, 2018)**

Existen muchas formas de clasificar la vejez, tales como: vejez satisfactoria, patológica; adulto mayor sano, enfermo; envejecimiento activo, exitoso; vejez normal, la vejez patológica y la vejez con éxito. A continuación, se expone los tipos más relevantes desde la bibliografía.

2.1.4.1 Envejecimiento exitoso

Se considera una condición óptima que permite mantener un bajo riesgo de enfermar, superar la vulnerabilidad y además conservar un alto nivel de ejercicio y movimiento, con lo que mejora la funcionalidad y cognición, preservando relaciones interpersonales y participando en actividades de la comunidad. (García, 2014)

En la revista *The Gerontologist* (1961), se describe por primera ocasión el modelo de envejecimiento con éxito, el cual contempla términos de bienestar y calidad de vida que no se trata de una elección secundaria sino primaria para promover estilos de afrontamiento saludables, considerándose como un solo concepto del envejecimiento activo y saludable, que incluye la capacidad de adaptarse a las expectativas, así como el nivel de ingreso económico, la salud, las interacciones sociales y para detener las consecuencias adversas de la mejor manera. (Petretto, 2016, págs. 230-233)

Por lo que *“En 1998, Rowe y Kahn definieron el envejecimiento exitoso como multidimensional y afirmaron que consta de 3 componentes: una baja probabilidad de enfermar y presentar discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico, y un alto compromiso con la vida.”* (Petretto, 2016)

En cuanto al envejecimiento con éxito en términos de Baltes y Baltes en 1990, hicieron referencia al desarrollo de capacidades adecuadas que permitan afrontar las dificultades, minimizar los efectos de los déficits, así como optimizar la salud física, mental y cognitiva, incrementando con ello la satisfacción con la vida y la interacción social. (Noriega, 2017)

Así, el término "envejecimiento exitoso", se considera deseable, pero difícil de alcanzar, el dilema es para los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito geriátrico, el cómo alcanzar este objetivo tomando en cuenta el concepto individual, valorado de manera única y centrado en la percepción de la persona adulta mayor. (Marks 2018)

Por el contrario, en el envejecimiento no exitoso se observa un incremento de la discapacidad entre las personas, por la presencia de enfermedades crónico degenerativas como la osteoartritis que cursa con dolor, lo que repercute de manera negativa en su calidad de vida. El envejecimiento exitoso promueve la mejora de la calidad de vida de todas las personas que envejecen. (Marks 2018)

2.1.4.2 Envejecimiento activo

Propuesto por la OMS (1998), en el que se definió como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años, ya que se encuentra relacionado con estilos de vida saludables desde edades tempranas, así como la prevención de algunas enfermedades para evitar discapacidades. (García 2016)

A posterior la OMS en el año 2007, consideró al envejecimiento activo como “una experiencia positiva, una vida más larga acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad, es decir con parámetros de calidad de vida.” (Nancy Landinez, 2012)

El envejecimiento activo se lo viene estudiando desde 1961 y ha demostrado su efectividad para promover salud y la funcionalidad a través del aumento de los niveles de actividad física, en un sin número de estudios se demuestra la forma activa y los cambios positivos en el impacto social del envejecimiento. (Correa-Bautista, 2012)

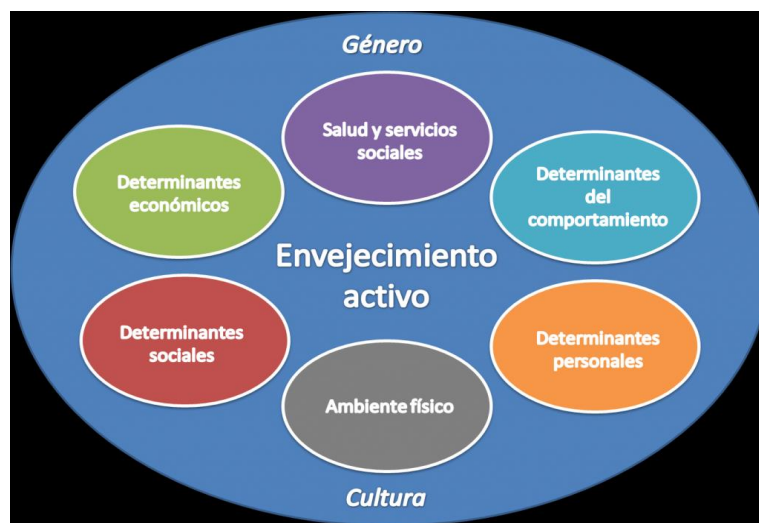
Es decir, la forma de envejecer es un proceso en el que existen varias determinantes individuales lo que establecerá un envejecimiento activo con calidad de vida.

James Fries (1980) escribió un artículo titulado "Envejecimiento, La muerte natural y la compresión de la morbilidad", en el que indico que la esperanza de vida había aumentado

sustancialmente en el siglo XX, y aunque los años de vida han incrementado, la calidad de vida no lo ha hecho, este análisis nos permite ver como el envejecimiento activo favorece principalmente a la calidad de vida, pues no es lo mismo vivir más años y con mejor calidad de vida, que solo vivir más años. (Coll 2019)

Es por esto que se debe fomentar el cumplimiento de los factores que componen el envejecimiento activo como son: Promoción de la salud, prevención de las enfermedades, servicios curativos, asistencia de larga duración, servicios de salud mental. Además, de determinantes conductuales como: tabaquismo, actividad física, alimentación sana, salud bucal, ingesta de alcohol, polifarmacia, adherencia terapéutica, además de determinantes personales: biología y genética, factores psicológicos, culturales, emocionales y determinantes del espacio físico y de atención social (Gráfico No. 5) (Organización Mundial de la Salud, 2002) (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Gráfico 5. Los determinantes del envejecimiento activo



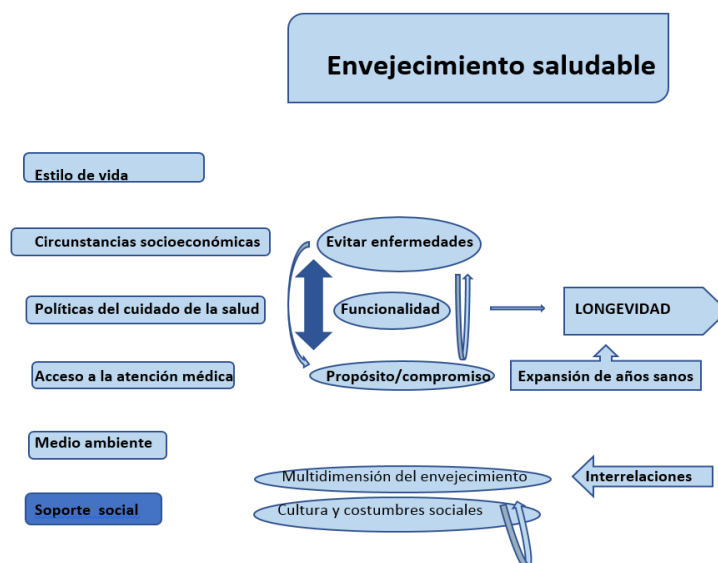
Fuente: Tomado de Romaz A. (2014), (OMS, 2002)

2.1.4.3 Envejecimiento saludable

En este contexto Jack Rowe y Robert Kahn han desarrollado un conocido constructo de envejecimiento saludable o exitoso, que consta de tres componentes. Estos incluyen evitar la enfermedad, mantener la función física y cognitiva, y preservar el compromiso con la vida. (Coll 2019)

Por tanto, el significado de envejecimiento saludable, no encuentra una definición precisa, y se acopla a una explicación un tanto acertada en el Informe mundial de envejecimiento y salud que manifiesta al “*Envejecimiento Saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez*”(Gráfico No. 6). (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Gráfico 6. Constructo de envejecimiento saludable



Adaptado por: Martínez A. y Sánchez M.

Fuente: Tomado de Coll (2019)

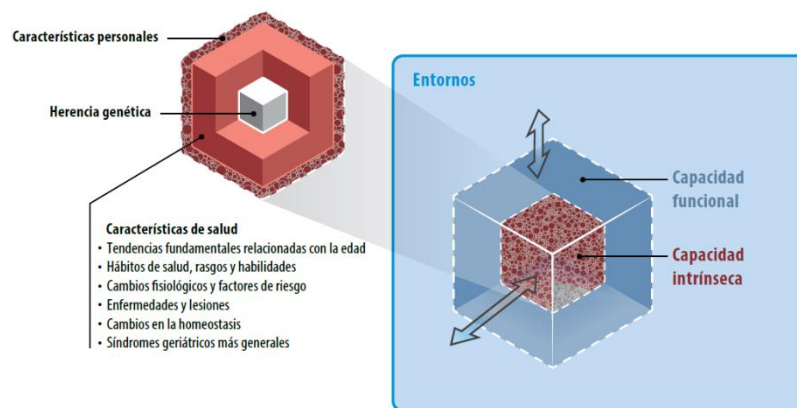
Es entonces que las personas adultas mayores deben vencer algunas circunstancias para poder finalmente llegar a un envejecimiento saludable tales como: el estigma y la discriminación de la vejez, género, etnia, religión, condición de salud y las incapacidades, además de los aspectos socioeconómicos; la pobreza que contribuye a una mala nutrición, el hacinamiento, el escaso acceso a un tratamiento de salud, la propia

jubilación; y todo tipo de maltrato al igual que la falta de servicios y medidas adecuadas para atender las necesidades específicas de la población. **(Partezani, 2019)**

Por tanto, el envejecimiento saludable consiste, en mantener la capacidad funcional que permite conservar la autonomía del adulto mayor. Esto significa preservar la capacidad física y mental a medida que transcurre los años, y también la adecuación del entorno arquitectónico (vivienda, transporte, espacios públicos, etc.) para que sean accesibles y sean compatibles con las diferentes necesidades y capacidades. **(HelpAge International, 2018)**

Finalmente, la OMS en el año 2018, define al envejecimiento saludable como un proceso para desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La (Organización Mundial de la Salud, 2015) encuentra en relación directa con un estilo de vida saludable que incrementa los años libres de discapacidad, la vida funcional satisfactoria, disminuyendo así la morbilidad (Gráfico No. 7). (Coll 2019)

Gráfico 7. Concepción del envejecimiento saludable



Fuente: Tomado de Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud*

En conclusión, el envejecimiento saludable ayudará también a construir sociedades más cohesionadas, pacíficas, justas, seguras y sostenibles, esto logramos a través de políticas que se cumplan y sean respetadas por la población.

2.1.5 Características de la población estudiada Tungurahua y Chimborazo

En el informe de la situación sociodemográfica y socioeconómica de la población adulta mayor en el informe estadístico del INEC del año 2018, menciona que el 2,7% de los adultos mayores viven en hogares con hacinamiento, y apenas el 64,7% cuentan con acceso a los servicios básicos, el 74,2% participa en actividades de empleo del sector informal y la tasa de desempleo se encuentra en 0,6%, siendo mayor en hombres que en mujeres.

También se menciona que el 45% viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza (424.824 AM). El 42% de adultos mayores viven en el sector rural. (395.180 AM), y el 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo, estos son datos reportados por la Dirección de la población adulta mayor en el año. (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2015)

Por lo que se menciona que *“Es el grupo etario social vulnerable a ciertas enfermedades, cuya asequibilidad está relacionada estrechamente con su inseguridad económica, social y de salud por la propia evolución natural de las enfermedades crónico-degenerativas”*. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2006)

Lo que repercute en la manera de envejecer de cada adulto mayor, identificándose así la “edad funcional”, conocida como el conjunto de las edades biológica, psicológica y social, es decir, la persona es capaz de realizar una vida autónoma y mantiene su capacidad de decisión e independencia que cada uno presenta. (Martínez, 2018)

En la Zona 3, a la que pertenece las provincias de Tungurahua y Chimborazo, la morbilidad en el adulto mayor en el año 2012, se registró con un índice de envejecimiento un punto más arriba que el dato nacional (74,5 y 75,9 respectivamente). (**Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013-2017**)

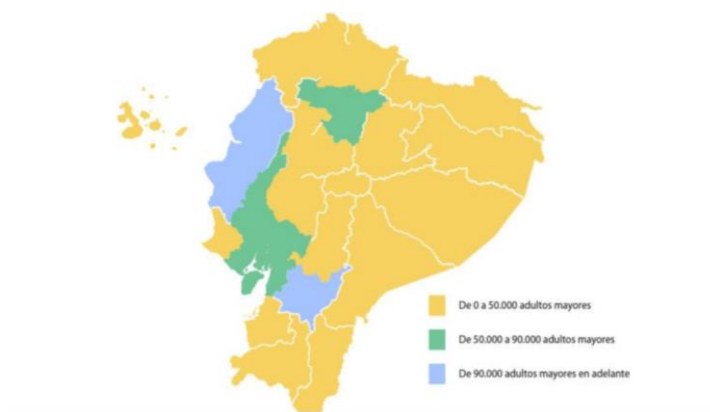
En la provincia de Tungurahua para el año 2010 se registró 44.278 que correspondió al 8.44% de adultos mayores, mientras que en la provincia de Chimborazo para el año 2010 se registró 42.026 que correspondió al 8.82% de adultos mayores, y en el informe de INEC como proyección de población para el año 2020 en la provincia de Tungurahua

tenemos 53.444 adultos mayores que corresponde al 9,04% y en Chimborazo tenemos 48.674 adultos mayores que corresponde al 9,37%, observándose en los 2 casos un incremento siendo en Chimborazo mayor que en Tungurahua.

La población del cantón Patate ubicada en la provincia de Tungurahua para el año 2012 se proyectó en 13.497 personas (el 5% son indígenas, el 1,27% son afro ecuatorianos, el resto son mestizos); la tasa de crecimiento poblacional es del 1,52%; el índice de dependencia es del 67,69%; la población económicamente activa es del 48,3%; la tasa de analfabetismo es del 9,11%; la población que cuenta con un seguro social es del 10%. (Figura No. 2.5). («Envejecimiento y cambios demográficos», 2019)

La población del cantón Guano ubicada en la provincia de Chimborazo para el año 2010 cuenta con 10 parroquias y cuenta con una población de 42,9 mil hab. (9,3% respecto a la provincia de CHIMBORAZO), la población urbana 18,1%, la rural 81,9%; la población económicamente activa es del 53.3% (9.0% de la PEA de la provincia de CHIMBORAZO); la escolaridad de la población en el cantón GUANO es de 6,7 años para las mujeres y 7,7 años para los hombres, el analfabetismo de las mujeres en el cantón GUANO es del 14,2% y en los hombres es del 6,9%. (Figura No. 8) (Guano & SENPLADES, 2014).

Gráfico 8. Provincias que tienen mayor cantidad de personas adultas mayores



Fuente: Tomado de INEC (2010), *Proyecciones Censo poblacional*

Se encuentra inmerso en un proceso multidimensional, que posee influencia en la autopercepción en su propia persona, en el núcleo familiar, aspectos psicológicos, económicos, sociales y, por lo tanto, en su entorno en general. (García, 2016)

Es por esto que se hace mención al hablar de envejecimiento “*Añadir vida a los años, no años de vida*” es hoy un eslogan establecido, todos queremos familiarizarnos con una buena vida hasta el final. De ahí la importancia de la correcta conceptualización del envejecimiento y su proceso integral. (Boggatz, 2020)

Es por esto que durante el envejecimiento es importante adquirir una fortaleza nativa, para enfrentarla de la mejor manera y mantener una etapa agradable sin discapacidad, esto es lo que marca la diferencia en diversas sociedades como la europea. (Verdoorn, Kwint, Blom, Gussekloo, & Bouvy, 2019)

Tomando como buen ejemplo un envejecimiento robusto hay muchas entidades que trabajan por un envejecimiento saludable, así la propuesta de visión de la OMS el Decenio del Envejecimiento Saludable se presenta en el mundo para que las personas puedan tener una vida más larga y más sana. (Coll, 2019; Forjaz, 2016)

2.2 Calidad de vida en el adulto mayor

2.2.1 Definición de Calidad de Vida

De acuerdo con la OMS, uno de los primeros enunciados citado en el año 1995, se entiende por Calidad de Vida (CV) “*aquellas percepciones del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones*”. (Cordonez, 2019)

Lo que contrarresta a un concepto totalmente subjetivo y que nos hace reflexionar sobre el uso excesivo de los términos felicidad, bienestar y comodidad de vida lo que lleva a excluir la parte objetiva del bienestar. Es entonces cuando se analiza que el estudio del tema va más allá de lo subjetivo y que debe considerarse la objetividad de calidad de vida que merece la senectud. (Noriega, 2017)

Esto determina el planteamiento de ¿lo que deseamos en la vejez? y lo que verdaderamente influye para que sea de la mejor calidad, de acuerdo a lo que cada individuo avizora en esta fase de la vida. Es por eso que se expone algunos conceptos de diversos autores para luego del análisis determinar el que más se acomode a nuestra realidad. (García 2016)

La Organización Panamericana de la Salud sugiere ciertas formas que van a ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas ancianas, las que se basan en elementos con la dirección de las Naciones Unidas como son: la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la dignidad. **(Rubio, 2015)**

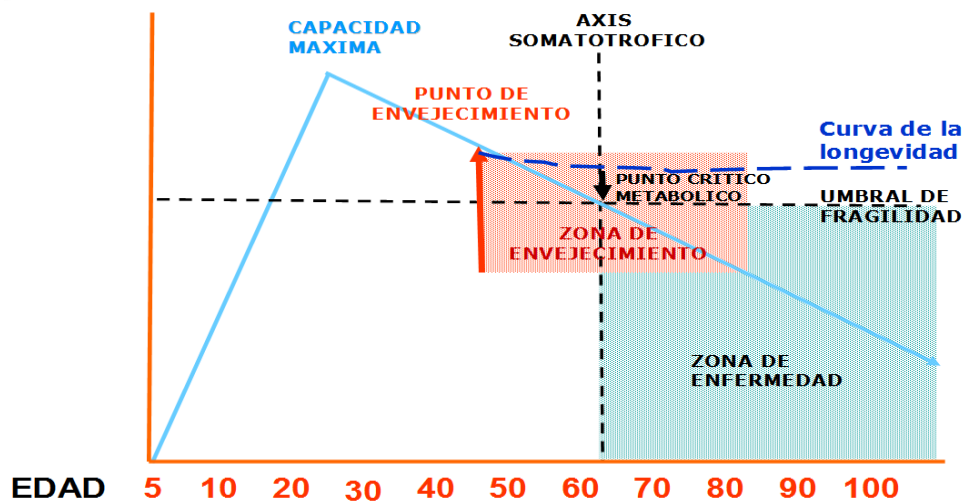
Además, todo depende de cuatro áreas críticas dentro de las cuales se contempla: el colocar el bienestar de la salud y las personas mayores en las políticas públicas, lograr los diferentes sistemas de salud para enfrentar los retos que vienen ligados al envejecimiento de la sociedad, brindar capacitación de recursos humanos, principalmente a las personas que trabajan en los servicios geriátricos, gerontológicos, atención domiciliaria de ancianos y el personal sanitario, y generar la correspondiente información para lograr una intervención que se base en el desarrollo de experiencias educativas. (Cordonez, 2019)

2.2.2 Determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor

Los determinantes de la calidad de vida varían de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia (urbano, rural); los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos. **(Cordonez, 2019).**

La calidad del “curso de vida” va a determinar la calidad de vida en el envejecimiento, por lo que exponemos el ciclo de vida y sus características en el envejecimiento (Gráfico No. 9).

Gráfico 9. Ciclo de Vida Sobre El Envejecimiento Activo



Fuente: Tomado de Organización Mundial de la Salud (2002)

Dentro de las actividades que se valoran entre los individuos y cambian durante el desarrollo de la vida, y en un momento dado se reconoce la importancia de tenerlas por parte de las personas mayores son:

- ✓ un rol o identidad;
- ✓ relaciones interpersonales;
- ✓ la posibilidad de disfrutar;
- ✓ autonomía (ser independientes y capaces de tomar sus propias decisiones); concepto afianzado con el envejecimiento activo en la funcionalidad óptima.
- ✓ seguridad;
- ✓ potencial de crecimiento personal.

En cuanto a la jerarquía de las necesidades humanas, que han sido propuestas a través del tiempo, estas han ido cambiando según las necesidades, pero sin tomar en cuenta la edad de cada individuo, porque las necesidades en la niñez, juventud, etapa adulta o adulto mayor no son las mismas, y tampoco tienen la misma prioridad, lo que se expone en la pirámide de Maslow (Gráfico No. 10), en la que también se evidencia la intervención de la psicología humanística en el desarrollo de las diferentes fases de vida de los seres humanos apreciando diferentes cambios. (CepymeNews 2020)

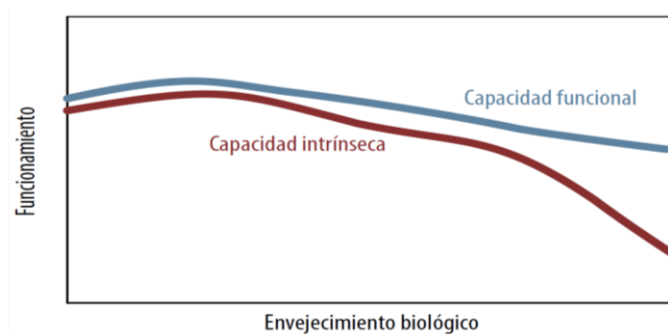
Gráfico 10. Pirámide de Maslow



Fuente: Tomada de Tejo D. (2020), *CepymeNews*

También se describe en una investigación reciente en la que participaron 1.031 adultos mayores y en la que se analizó cuatro facetas diferentes de la vida, que afectan la “calidad de vida de los ancianos” y se determinó qué tipos de factores ambientales influían en cada faceta para cumplir su satisfacción, así como la influencia en la calidad de vida, concluyendo que la más importante es la necesidad de satisfacción al tener una funcionalidad adecuada (Gráfico No. 11). (CENIE, 2018)

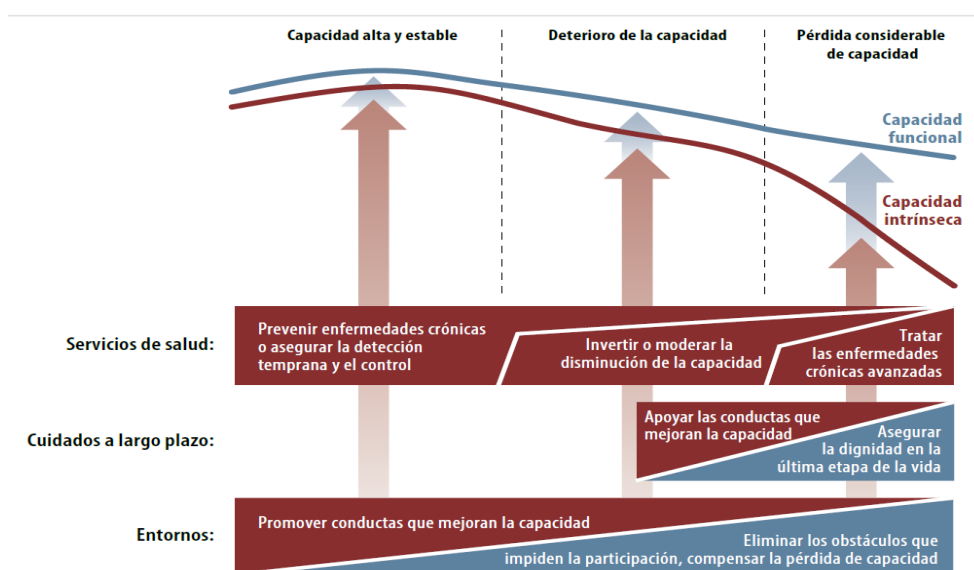
Gráfico 11. Funcionalidad y envejecimiento



Fuente: Tomado de Organización Mundial de la Salud (2015), *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud*

Otras investigaciones sociales de la población adulta mayor nos ayudan a entender los diferentes cambios que encontramos en las fases gerontológicas como edad social, biológica, lo que nos propone nuevos retos tanto urbanos como rurales en el contexto de una economía globalizada con fuerte competencia intraurbana, que margina a los grupos vulnerables, y con una correcta acción en salud pública que busque mejorar la capacidad intrínseca del individuo y por ende la capacidad funcional de manera integral (Gráfico No. 12). (Sánchez D. 2009)

Gráfico 12. Trayectoria de la capacidad funcional, intrínseca y oportunidades para la acción de salud pública



Fuente: Tomado de Organización Mundial de la Salud (2015), *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud*

La calidad de vida en el envejecimiento se encuentra bajo algunas dimensiones que tienen la misma relevancia y confluyen en un mismo resultado (Gráfico No. 13) ya que factores epigenéticos, nutricionales, sedentarismo, hábitos tóxicos, pueden afectar la velocidad a la que se acortan los telómeros y modificar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, que terminan afectando la calidad de vida. (Tsoukalas et al. 2019)

Gráfico 13. Dimensiones del envejecimiento que influyen en la calidad de vida



Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2020)

Por lo que es necesario el trabajo de la salud pública que puede lograrse de dos formas fomentar y mantener la capacidad intrínseca del adulto mayor a la que hace referencia la dimensión física, la que ayuda a facilitar que las personas con cierto grado de dependencia funcional mantengan la posibilidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria y se traduce en una mejor calidad de vida (Gráfico No. 14). (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Gráfico 14. Objetivos y necesidades de vida en el adulto mayor



Fuente: De Aging Well (s.f.). (Coll 2019)

La capacidad de recuperación funcional o pronóstico funciona, luego de un evento estresante tiene un alto impacto en la calidad de vida percibida. Luego de un ingreso hospitalario por una enfermedad aguda o crónica descompensada, la intervención activa en la recuperación funcional, pesará también en la calidad de vida; si bien la enfermedad crónica o comorbilidad es muy común en pacientes mayores, sin embargo, el papel de la comorbilidad en hacer un pronóstico funcional aún no está claramente definido. (Kabboord et al. 2020)

De otro lado, la tipología del adulto mayor va a determinar también la calidad de vida percibida, así:

1. **Adulto mayor normal o sano.** - Se considera a la persona capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (resiliencia) siendo un indicador clave en el estado de salud y la satisfacción con la calidad de vida. (Laguado Jaimes et al. 2017)
2. **Adulto mayor patológico.** – Es aquel individuo con enfermedades que representan un alto riesgo para llegar a la discapacidad y por lo tanto perder su independencia, lo que disminuye su calidad de vida. (Coll 2019)
3. **Adulto mayor frágil.** - Es aquel que mantiene un estado de independencia siendo vulnerable de manera transitoria y que con la mínima situación de riesgo puede volverse dependiente, siendo complicado volver a su estado funcional basal.(Araújo et al. 2016)
4. **Adulto mayor Independiente.** – Es aquel que puede llevar a cabo sus actividades cotidianas (actividades de la vida diaria, actividades instrumentales y actividades inherentes a sus ocupaciones en el trabajo) sin dificultad o con una mínima limitación, y pueden conservar su autonomía (no necesitan de terceras personas para su desenvolvimiento).(Laguado Jaimes et al. 2017)
5. **Adulto mayor dependiente.** - Se considera a aquel que por algún motivo presenta una limitación para efectuar las tareas mínimas necesarias para valerse por sí mismo. Este concepto generalmente se lo valida con dos escalas

importantes que son la Escala de Lawton y Brody para AIVD y la escala de Barthel para las ABVD, ayudan mucho a determinar correctamente la dependencia, la discapacidad y la fragilidad. (abJ.Díez-ManglanocD.Nieto-MartínabN.Ramírez- 2019)

2.2.3 Medición de la calidad de vida

La Calidad de Vida en los adultos mayores se manifiesta con una estrecha relación entre los años de vida saludable y la esperanza de vida, lo que evidencia la relación inversa entre Calidad de Vida y expectativa de discapacidad. (Forjaz, 2016)

En el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud emitido el año 2015, menciona los resultados de una investigación realizada en el Reino Unido sobre las desigualdades en salud, que reveló que las personas podían aspirar a vivir hasta los 77 años, y 15 de esos años los vivían con algún tipo de discapacidad, lo que afecta su calidad de vida. Además, tanto la esperanza de vida en general como la esperanza de vida sin discapacidad varían en función del lugar en el que vivieron, es decir de la condición socioeconómica que presentaron. Así en promedio, las personas que viven en los barrios más ricos de Inglaterra mueren aproximadamente seis años más tarde que las que viven en los barrios más pobres y la diferencia en la esperanza de vida sin discapacidad es aún mayor de 13 años. (Organización Mundial de la Salud 2015)

Si extrapolamos estos datos a nuestra realidad tenemos que las personas que viven en las zonas más pobres mueren antes, y pasan mayor tiempo de su vida con limitaciones en su capacidad (física, cognitiva, y social) lo que dificulta mantener su funcionalidad empeorando así su condición geriátrica y calidad de vida. (Kabboord et al. 2020) (Organización Mundial de la Salud, 2015)

2.2.4 Instrumentos para medir la calidad de vida en el adulto mayor: La escala Integral, la escala Whoqol-Bref de la OMS, la escala GENCAT y la escala Fumat

La investigación ha permitido indagar sobre instrumentos desarrollados para evaluar objetivamente la Calidad de vida en el adulto mayor, en este sentido, encontramos en España que cuenta con aportes significativos que ayudan a la evaluación objetiva de la calidad de vida.

2.2.4.1 La Escala Integral

Es desarrollada por Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, en el año 2009, una escala dirigida a evaluar calidad de vida desde perspectivas objetivas y subjetivas en personas mayores de 18 años con discapacidades intelectuales y del desarrollo. (Castro et al. 2017)

2.2.4.2 La Escala GENCAT

Está dirigida a la evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios de servicios sociales y fue desarrollada por Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, en el año 2008, y consta de 69 ítems que deben ser respondidos por el personal de los servicios sociales, además contempla 8 dimensiones: *“Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Autodeterminación, Desarrollo personal, Inclusión social, Relaciones interpersonales y Derechos”*, por este análisis se descartó al no ser específica para población objetivo, ya que está dirigida a usuarios de servicios sociales en general. (Verdugo Alonso y Institut Català d’Assistència i Serveis Socials 2009)

2.2.4.3 Escala Whoqol-Bref

Desarrollada por la OMS tiene como objetivo valorar el estado de salud contemplando 4 dimensiones salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Existe varias traducciones del instrumento y se lo ha aplicado en nuestra comunidad en varias

ocasiones, así como en Chile, Colombia, México; consta de 26 preguntas, 2 de las cuales están dirigidas a calidad de vida, y las otras 24 a valorar el estado de salud en las áreas antes mencionadas. (I. Espinoza, 2011)

Así la escala Whoqol-Bref se utilizó en un estudio en el que los factores socioeconómicos y de salud se asociaron con la calidad de vida de los ancianos, destacando los puntajes más bajos en el dominio ambiental y desde la perspectiva de autonomía, un factor de influencia clave es la percepción negativa de la salud.(Paiva et al. 2016)

2.2.4.4 Escala Fumat para medición de calidad de vida en el adulto mayor

Dada la inexistencia de una escala objetiva específica para valorar calidad de vida y que se adapte a las características propias de las personas mayores con discapacidad o sin ella y que también sea útil para personas con discapacidad mayores o no, se planteó el desarrollo de la Escala FUMAT, que nos ayuda a orientarnos a los objetivos que necesitamos cuantificar. (Sánchez D., 2016)

Es entonces la escala Fumat una opción completa al encontrarse dirigida a adultos mayores con o sin discapacidad, esta ha sido elaborada y validada por investigadores de la Universidad de Salamanca quienes han dedicado mucho de su tiempo al estudio de calidad de vida. (Franzén et al. 2019)

La Escala FUMAT se construyó para ser aplicada en personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad física grave. (Sánchez D., 2016)

En el análisis de la escala **FUMAT**, instrumento que tiene como meta valorar de un modo objetivo la calidad de vida de las personas mayores y personas con discapacidad que acuden a algún tipo de centro con servicios sociales, característica fundamental en algunas investigaciones para valorar la calidad de vida, la misma fue elaborada en base a la escala Gencat que aborda 8 dimensiones expuestas en la siguiente tabla comparativa (Tabla No. 6).

Tabla 6. Comparativa de escalas de medición de Calidad de Vida

DIMENSION O DOMINIO	ESCALA FUMAT	ESCALA GENCAT	ESCALA Whoqol-Bref de la OMS
Bienestar emocional	bienestar psicológico y satisfacción personal.	Ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos; Autoconcepto; Relaciones sociales; Satisfacción personal/Satisfacción con la vida	
Relaciones interpersonales	relaciones con otras personas, con grupos de apoyo.	Relaciones familiares; Relaciones de amistad; Relaciones Sociales	
Bienestar material	estabilidad económica y material del adulto mayor	Relaciones con la comunidad; Ingresos, economía; Posesiones, pertenencias; Servicios comunitarios; Vivienda (confortabilidad)	
Desarrollo personal	esfera de superación personal y cumplimiento de metas	Trabajo; Educación, Actividades de la vida diaria	
Autodeterminación	capacidad para tomar decisiones por sí mismo y el desenvolvimiento individual	Autonomía; Decisiones; Elecciones; Metas y preferencias personales	
Bienestar físico	la salud, bienestar físico global y atención sanitaria.	Salud (consecuencias); Salud (energía, vitalidad); Salud general; Servicios Sanitarios; Sueño	
Inclusión social	redes de apoyo del estado y otras entidades nos permite valorar en el abordaje de calidad de atención	Integración en la comunidad; Participación social; Apoyos sociales	
Derechos	Atención de derechos Humanos; y Legales	Humanos; Legales	
Calidad de vida en general			Calidad de vida global, Puntuación satisfacción con la salud
Salud Física			Sueño y descanso Capacidad trabajo, actividades de la vida diaria, Energía, Dependencia medicamentos, Dolor, Movilidad
Entorno			Actividades recreación, Transporte, Seguridad, Ambiente físico, Autocuidado, Apoyo financiero, Ambiente del hogar, Acceso información

Tabla 6. (Continuación)

DIMENSION O DOMINIO	ESCALA FUMAT	ESCALA GENCAT	ESCALA Whoqol-Bref de la OMS
Relaciones Interpersonales			Actividad sexual, Relaciones personales, Apoyo social
Salud Psicológica			Concentración, Pensamientos negativos, Autoestima, Imagen corporal, Pensamientos positivos, Sentido de la vida

2.3 Servicios de Cuidado Gerontológico

Un centro de atención gerontológico es una institución que se centra en brindar cuidados especiales, servicios integrales, servicios de enfermería y atención médico-geriátrica que amerita la población adulta mayor como consecuencia de las múltiples morbilidades que presentan. Por lo tanto, el objetivo de estos centros principalmente es fomentar el desarrollo de todas sus facultades funcionales - físicas, psicológicas - mentales, emocionales, cognoscitivas y esta es la principal diferencia de los asilos tradicionales para ancianos. (Salgado Alba & González Montalvo, Septiembre 1999)

2.3.1 Modalidades de atención gerontológica que encontramos en el MIES

2.3.1.1 Centros Gerontológicos Residenciales.

Son centros de acogida para la atención y cuidado, ofrecidos a personas adultas mayores de 65 años o más que requieren de protección especial en forma temporal o definitiva, que no pueden ser atendidos por sus familiares; personas adultas mayores que carezcan de un lugar donde residir de forma permanente, que se encuentran en situación de abandono, falta de referentes familiares, pobreza y pobreza extrema, en condiciones de alto riesgo y que manifiesten su voluntad de ingresar (Tabla No. 3). (MIES 2014)

2.3.1.2 Espacios activos de revitalización, recreación, socialización y encuentro.

Son espacios para la interacción de las personas adultas mayores sanas e independientes, que puedan trasladarse por sus propios medios. En estos espacios, se realizarán actividades recreativas, de integración e interacción, tendientes a la convivencia, participación, solidaridad y relación con el medio social, promoviendo un envejecimiento activo y saludable (Tabla No. 3). (MIES 2014)

2.3.1.3 Atención Domiciliaria.

Permite la promoción del bienestar de las personas adultas mayores dependientes, es decir que necesitan de otras personas para movilizarse y realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; que incluye la formación a los familiares para el cuidado del adulto mayor, promoviendo la convivencia, participación, solidaridad y su relación con el medio social. Generando así mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades para familiares y cuidadores (Tabla No. 3). (MIES 2014)

2.3.1.4 Centro De Atención Diurna

Los Centros de cuidado diurno o centros de día, se definen como servicios sociales no residenciales que deben proporcionar una atención integral (socio-sanitaria, preventiva y rehabilitadora) a los adultos mayores durante el día.

En su gran mayoría, los centros diurnos tienen como objetivo solo el rehabilitador, pero se debería también tomar en cuenta el ocio y que mutuamente estos dos convivan como servicios-objetivo de estos centros, siendo una propuesta individual para cada usuario del centro diurno (Tabla No. 3).

Existen diversas perspectivas para efectivizar el trabajo social gerontológico: la asistencial, preventiva, promocional. La perspectiva educativa, con alcances comunitarios

es una de las más importantes, pues en la comunidad quizá pueda extenderse un rol de familia; a partir de las organizaciones sociales (escuelas, clubes, hospitales, iglesias) (Tabla No. 7). (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2015)

Tabla 7. Diferenciación de servicios de Cuidados gerontológicos

TIPO DE SERVICIO GERONTOLOGICO	TIPO DE ADULTO MAYOR	ENFOQUE DE NECESIDADES
Centros Gerontológicos Residenciales	Dependiente leve Independiente	protección especial en forma temporal o definitiva PAM que viven en situación de abandono, pobreza y pobreza extrema
Espacios activos de revitalización, recreación, socialización y encuentro.	Adulto mayor sano e independiente	socialización de las personas adultas mayores actividades recreativas, de integración e interacción mantener relación con el medio social
Atención Domiciliaria	Dependiente moderado y severo	actividades familiares de cuidado educación para el cuidado mantener relación con el medio social generar mecanismos de apoyo
Centro De Atención Diurna o centros de día	PAM frágil Dependiente Independiente	atención integral (socio sanitaria, preventiva y rehabilitadora) Transporte Alimentación formación continua

Elaborada por: Martínez A. y Sánchez M. (2020)

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Justificación

Los Estados del mundo, tienen la obligación de implementar sistemas de protección social integrales para personas adultas mayores, que garanticen la realización de sus derechos económicos, sociales y culturales, dirigidos especialmente a personas en condiciones de vida vulnerable y en extrema pobreza. (MIES-SAI, 2018)

Los datos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) son indiscutibles y están recogidos en el informe “Panorama de Envejecimiento y Dependencia en América Latina y El Caribe”, publicado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a principios del año 2018. El porcentaje mundial de personas por encima de 60 años era del 12% en 2018, aunque las diferencias por región eran evidentes mientras América Latina y el Caribe (ALC) tienen un 11%, Oceanía tiene un 16%, el este asiático un 17%, América del Norte un 21% y Europa un 24%. (Anón s/f) (Natalia Aranco, 2018)

Tabla 8. Tabla de proyección de datos de informe de envejecimiento y dependencia en Ecuador 2015-2050

INDICADORES Y PROYECCIONES DE PAM		2015			2030			2050		
Indicadores demográficos	T	H	M	T	H	M	T	H	M	
Edad mediana		26,6			31,2			37,4		
% de la población por grupos de edad										
50	18,4	17,6	19,2	24,6	23,6	25,7	33,7	32,4	34,9	
50-59	8,5	8,3	8,7	10,1	9,9	10,3	11,8	11,8	11,9	
60	9,9	9,3	10,5	14,5	13,7	15,4	21,8	20,7	23	
60-69	5,5	5,3	5,7	7,5	7,3	7,8	9,9	9,7	10,1	
70-79	3	2,8	3,2	4,7	4,5	5	7,1	6,8	7,5	
80	1,4	1,2	1,6	2,3	1,9	2,6	4,8	4,2	5,4	
Índice de envejecimiento	34,2	31,4	37,1	64,3	64,3	64,3	120,9	120,9	120,9	
Índice de sobre-envejecimiento	27	25,5	28,4	30,9	30,9	30,9	38,3	38,3	38,3	
Índice de cuidados en la vejez	2,4	2,1	2,7	4,2	4,2	4,2	8,1	8,1	8,1	

Tabla 8: (Continuación)

INDICADORES Y PROYECCIONES DE PAM	2015			2030			2050		
Indicadores de esperanza de vida									
Esperanza de vida al nacer	75,5	72,8	78,4	78,9	76,5	81,3	82,7	81,1	84,3
Esperanza de vida a los 69	22	21,7	23,9	24,4	23,2	25,5	26,4	25,4	27,3
Esperanza de vida saludable	9	65,3	68,7						
Esperanza de vida saludable a los 60	67	16,7	16,7						
Perfil epidemiológico (% AVAD)	17,5								
Carga de enfermedades infecciosas	20,7	20,3	21,2						
Carga de enfermedades crónicas	64,4	59,5	70,9						
Carga de enfermedades infecciosas población 70 y más	9,1	8,8	9,4						
Carga de enfermedades crónicas población 70 y más	86,8	86,1	87,5						

Fuente: Tomada de Aranco N. (2018), *Informe de Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*

En el Ecuador, a partir de abril del 2017, se implementa la “Misión Mis Mejores Años” como una estrategia gubernamental que organiza las transferencias económicas no contributivas para personas mayores de 65 años (Bono para personas adultas mayores pobres de 50 dólares y Bono Mis Mejores Años para personas adultas mayores extremadamente pobres de 100 dólares), la prestación de servicios de cuidado (cuidados directos, alimentación), la prestación de servicios de salud, el acceso a vivienda, educación, participación social y, modifica el entorno jurídico vigente referente a las personas mayores (Mis Mejores Años, 2017)

Actualmente 375.991 personas adultas mayores en condiciones de vida vulnerables reciben el Bono PAM o el Bono MMA; y 96.437 PAM reciben servicios sociales en diferentes tipos de centros gerontológicos (SIIMIES, 2019). Estos servicios gerontológicos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores en condiciones de vida vulnerable, tomando en cuenta los principios del envejecimiento activo, saludable, el curso de vida y los derechos humanos de las personas mayores (CIDHPM-OEA, 2019). Pueden ser varios tipos como: residencias para cuidado prolongado, centros de cuidado diario, atención domiciliaria, espacios activos de

socialización y encuentro y centros de acogida para personas adultas mayores en situación de calle. (SAI-MIES, 2019).

Los servicios gerontológicos residenciales, ofrecen cuidados prolongados a personas con dependencia moderada a severa, en condiciones de vida vulnerables, en pobreza o pobreza extrema y que no cuenten con referentes familiares. Los centros de cuidado diario se especializan en ofrecer servicios de cuidado y rehabilitación a personas con dependencia leve a moderada y que tienen potencial rehabilitador. Los servicios de visita domiciliaria ofertan servicios de cuidado y rehabilitación a personas mayores con algún nivel de dependencia y/o discapacidad física, mental o psicosocial, que tienen una red de apoyo familiar o que se encuentran en zonas geográficas dispersas. Los espacios activos de socialización y encuentro ofrecen servicios de alimentación, participación e interacción social a personas mayores independientes o con dependencia leve.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) cuenta con catorce centros gerontológicos multimodales en todo el país. En estos se ofertan servicios de cuidado en modalidad residencial, cuidado diario y espacios de socialización y encuentro. Están dirigidos a personas en condiciones de vida vulnerable, pobreza, pobreza extrema o sin referentes familiares. En los centros gerontológicos de Patate y Guano se cumplen con los estándares de calidad estipulados en la Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios Gerontológicos. (SAI-MIES, 2019)

Actualmente la evaluación de estos programas de cuidado para personas mayores, se realiza mediante la medición de “hitos” como la funcionalidad en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, estado cognitivo y depresión. Pese a ser un programa implementado desde hace varios años, no existe una medición de calidad de vida percibida por los adultos mayores.

Ya que la medición de la calidad de vida percibida permitirá a la institución la toma de decisiones que permitan mantener o mejorar los programas implementados. Es por eso que se propuso la evaluación de la calidad de vida en adultos mayores que reciben los servicios de los centros gerontológicos de atención directa del MIES en Patate y Guano.

Para esta investigación se consideró la percepción de calidad vida que tiene un individuo tomando en cuenta la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como la interacción con la comunidad y el entorno. (OMS, 1996)

3.2 Planteamiento de problema

La poca información que maneja América Latina y específicamente en nuestro país Ecuador sobre Calidad de vida en el adulto mayor, es importante analizar el tema de los adultos mayores que reciben servicios en los centros de atención directa del Ministerio de Inclusión Económica y Social, se contextualiza diferentes variables, así como los factores clínico - geriátricos, alteraciones de la funcionalidad y cognición en los adultos mayores.

3.3 Preguntas de investigación

¿Cuál es el nivel de calidad de vida de las personas adultas mayores que reciben servicios de cuidado en los centros gerontológicos de atención directa del MIES en Patate y Guano, en julio del 2019?

3.4 Objetivos

3.4.1 Objetivo general

Determinar el nivel de calidad de vida de las personas adultas mayores que reciben servicios de cuidado en los centros gerontológicos de atención directa del MIES en Patate y Guano, en julio del 2019

3.4.2 Objetivos específicos

1.- Describir las características demográficas, sociales y de salud de las personas adultas mayores que reciben servicios de cuidado en los centros gerontológicos de atención directa del MIES, de Patate y Guano, en julio del 2019.

2.- Asociar la calidad de vida percibida con la funcionalidad de las personas adultas mayores que reciben servicios de cuidado en los centros gerontológicos de atención directa del MIES en Patate y Guano, en julio del 2019.

3.5 Hipótesis

La evaluación de la calidad de vida de las personas adultas mayores que reciben servicios en los centros gerontológicos de atención directa del MIES en Patate y Guano, en julio del 2019 es percibida como buena, y está determinada por el género, el estado civil, presencia o no de incontinencia, el nivel de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y por el tipo de servicio al que acuden.

3.5.1 Nula

La evaluación de la calidad de vida de las personas adultas mayores que reciben servicios en los centros gerontológicos de atención directa del MIES en Patate y Guano, en julio del 2019 no es percibida como buena, y no está determinada por el género, el estado civil, presencia o no de incontinencia, el nivel de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y por el tipo de servicio al que acuden.

3.5.2 Alternativa

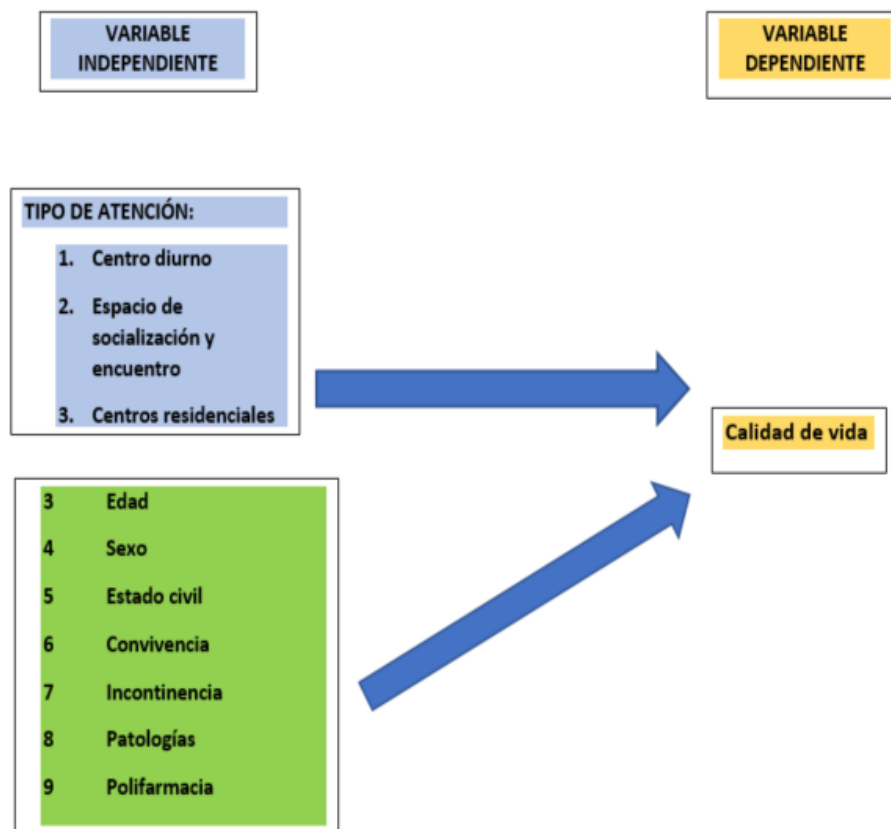
La evaluación de la calidad de vida de las personas adultas mayores que reciben servicios

en los centros gerontológicos de atención directa del MIES en Patate y Guano, en julio del 2019 es percibida como mala, y está determinada por solamente por el tipo de atención percibida.

3.6 Metodología

3.6.1 Operacionalización de variables

Gráfico 15. Modelo metodológico



Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

En función de las hipótesis planteadas se presentan las siguientes variables de investigación:

3.6.1.1 Variable dependiente:

Calidad de vida percibida por las personas mayores.

3.6.1.2 1 Variable independiente:

Servicios de cuidado en los centros gerontológicos de atención directa del MIES en Patate y Guano.

Las variables a analizar son las siguientes:

- Edad,
- sexo,
- estado civil,
- con quién vive,
- incontinencia,
- patologías,
- polifarmacia,
- funcionalidad (Índice de Barthel y Lawton y Brody),
- estado cognitivo (Minimental).

Tabla 9. Operacionalización de variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍAS	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Adulto mayor joven Mediano Mayor mayor	Edad en años cumplidos de acuerdo a la fecha de nacimiento registrada en la cédula de ciudadanía.	Cuantitativa discreta	Media Desviación estándar Rango (mínimo, máximo) Mediana	60 -74 Edad avanzada 75-90 Anciano $\geq 90-99$ Longevo ≥ 100 Centenario
Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en machos y hembras.	Masculino Femenino	Sexo registrado en la cédula de ciudadanía.	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	1=Femenino 2=Masculino
Estado Civil	Situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación.	Soltero/a Comprometido/a En Relación Casado/a Unión libre o unión de hecho Separado/a Divorciado/a Viudo/a Noviazgo	Estado civil, referido por el encuestado/a	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	1=Sin Pareja (Soltero, viudo, divorciado) 2=Con Pareja (casado, unión libre)
Con quién vive	Convivir con otra u otras personas.	Solo Pareja Hijos Otro familiar	Con quién vive referido por el encuestado/a e informante	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	1=Solo 2=Acompañado (Pareja, hijos, otro familiar)

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

Tabla 10. Operacionalización de variables clínicas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍAS	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR	ESCALA
Tipo de Atención	Asistencia a las personas adultas mayores para la prevención y manejo de la dependencia si ya es manifiesta, para poder mantener al adulto mayor en su ambiente y en su comunidad.	Centros diurnos Atención domiciliaria Espacios de socialización y encuentro Centros Residenciales	Tipo de atención referida por el técnico de atención primaria en salud	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	1=Diurno 2=Espacio de socialización y encuentro 3=Residencial
Incontinencia	Incapacidad de controlar la salida del flujo de orina desde la vejiga (incontinencia urinaria) o la salida de heces del recto (incontinencia fecal).	Urinaria Fecal Doble	Incontinencia referida por el encuestado/a	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	1=No tiene 2=Si tiene (Urinaria, fecal o doble)
Patologías	Enfermedad física o mental que padece una persona.	HTA, ERC, DM Tipo2, Parkinson, ECV, Artrosis	Patología referida por el encuestado/a y en centros diurnos registrado en la historia clínica	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	1=Sin Patología 2=Alguna (HTA, ERC, DM Tipo 2, Parkinson, ECV, Artrosis)

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

Tabla 11. Operacionalización de variables geriátricas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍAS	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR	ESCALA
Polifarmacia	Administración simultánea de más de 3 fármacos, excluyendo vitaminas y suplementos alimenticios.	Polifarmacia: ≥ 3 fármacos Sin polifarmacia: ≤ 3 fármacos	Tres o más fármacos referido por el encuestado/a y en centros diurnos registrada en historia clínica	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	1=Si (≥ 3 fármacos) 2=No (≤ 3 fármacos y no tiene medicamento)
Funcionalidad para ABVD	Capacidad del sujeto para movilizarse en su entorno y realizar tareas físicas para su autocuidado.	Dependiente Leve: 61-99 Dependiente Moderado: 41-60 Dependiente Severo: 21-40 Independiente: 100	Funcionalidad para ABVD mediante la aplicación del Índice de Barthel	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	1= Dependiente [Dependiente Leve (61-99) Dependiente Moderado (41-60) Dependiente Severo (21-40)] 2= Independiente (100) Índice de Barthel
Funcionalidad para AIVD	Capacidad del sujeto para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, para mantener su independencia y relaciones sociales.	Dependencia Leve: 6-7 Dependencia Moderada: 4-5 Dependencia Severa: 2-3 Independiente: 8	Funcionalidad para AIVD mediante la aplicación de la escala Lawton y Brody	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	1=Dependiente [Dependencia Leve (6-7) Dependencia Moderada (4-5) Dependencia Severa (2-3)] 2=Independiente [Independiente (8)] Lawton y Brody
Cognición	Es la habilidad para asimilar y procesar los datos que llegan de diferentes vías (percepción, experiencia, creencias...) para convertirlos en conocimiento	27 o más: Normal 24 o menos: Sospecha patológica 12 - 24: Deterioro 9 -12: Demencia	Estado cognitivo evaluado con la aplicación del test Minimental	Cuantitativa	Intervalo	30 a 27: No Patológico Menor de 26: Patológico Minimental (MEC-Lobo)

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

Tabla 12. Operacionalización de variables Calidad de vida

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍAS	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR	ESCALA
CALIDAD DE VIDA	Proceso mediante el cual las personas reciben diversos servicios manifiestan su nivel de plenitud de vida	Bienestar emocional	Estado de experimentar plenitud psicológica y social	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	Preguntas 1-9 de la escala Fumat Excelente, Muy bueno, Bueno y malo
		Relaciones interpersonales	Habilidad para mantener contacto con el yo y con las personas que lo rodean	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	Excelente, Muy bueno, Bueno y malo
		Bienestar material	Capacidad económica de satisfacer sus principales necesidades	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	Excelente, Muy bueno, Bueno y malo
		Autodeterminación	Proceso de elegir libremente sus preferencias	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	Excelente, Muy bueno, Bueno y malo
		Inclusión Social	Proceso de integrar a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, de su actividad, de su condición socio-económica o de su pensamiento	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	Excelente, Muy bueno, Bueno y malo
Derechos	conjunto o sistema de normas, valores, <i>conceptos</i> y exigencias que se cumplen sin excepciones	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	Excelente, Muy bueno, Bueno y malo		

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

3.7 Universo y muestra

El universo estuvo conformado en un principio por 1735 personas adultas mayores que asistían a los centros gerontológicos del Ministerio de Inclusión económica y Social, de los centros gerontológicos de Patate y Guano, Provincias de Tungurahua y Chimborazo, pero luego disminuyen porque por cuestión de presupuesto del Ministerio se cierran algunos espacios activos lo que hace que disminuya el número real de personas al momento de la recolección de datos, además al momento de la recolección de datos con la aplicación de la encuesta algunos adultos mayores no cumplen los criterios de inclusión de la investigación.

En enero del año 2019, la población usuaria de los servicios sociales en los centros gerontológicos de atención directa del MIES en los cantones de Patate y Guano fue de 1735 personas adultas mayores; y en el mes de julio del mismo año, esta población se redujo a 500 adultos mayores debido a la suspensión de los servicios en los espacios de socialización y encuentro en el cantón Patate, motivo por el cual se recalculó la muestra para la investigación del presente estudio.

Tabla 13. Estimación para la proporción de la muestra de la población

Parámetros	Enero 2019	Julio 2019
Total, de la población (N)	1735	500
Nivel de confianza o seguridad	95%	95%
Precisión	5%	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	50%	50%
Tamaño muestral (n)	315	218
Total, de muestra que cumple criterios de inclusión al momento de la investigación		236

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

3.7.1 Criterios de inclusión

- a) Edad mayor a 65 años
- b) Participante del centro gerontológico en alguno de los espacios de atención del MIES
- c) Sin deterioro, con deterioro cognitivo leve y moderado
- d) Consentimiento informado con aceptación para realizar la encuesta
 - Consentimiento informado por parte del cuidador principal para responder a la encuesta.
 - Acudir mínimo 3 meses a los servicios de los centros gerontológicos de cuidado directo del MIES

3.7.2 Criterios de exclusión

- a) Edad menor a 65 años
- b) No ser participante del centro gerontológico en alguno de los espacios de atención del MIES
- c) Deterioro cognitivo grave
- d) No aceptación del Consentimiento informado con aceptación para realizar la encuesta
- e) No aceptación de Consentimiento informado por parte del cuidador principal para responder a la encuesta
- f) No acudir mínimo 3 meses a los servicios de los centros gerontológicos de cuidado directo del MIES

3.7.3 Tipo de diseño

Se trata de un estudio observacional analítico transversal. Se tomó datos de las encuestas realizadas a los usuarios que asisten mínimo tres meses a los servicios de los centros gerontológicos de cuidado directo del MIES, y se evaluó la asociación con variables sociodemográficas, clínicas y geriátricas, y su influencia en la calidad de vida.

3.7.4 Procedimientos de recolección de información

Se diseñó una fase exploratoria con elección de los participantes mediante criterios de inclusión y exclusión, además previamente se realizó una encuesta piloto en el Centro gerontológico de Cayambe para probar la aplicación del test con la escala Fumat, con la cual se pudo detectar falencias en recolección de datos, corregir tiempos y mejorar la calidad de datos.

La encuesta FUMAT fue recogida de manera directa con sus 8 dimensiones en los centros gerontológicos de Patate y Guano y en los espacios activos de socialización y encuentro. La información fue proporcionada por el personal idóneo que conozca a las personas y nos proporcione los datos fiables.

La encuesta fue ejecutada por la Investigadora en compañía del personal del MIES que se trasladaron al Centro Gerontológico de cuidado directo del cantón Cayambe, en el mes de julio del 2019, posteriormente se solicita la ayuda del personal que cumpla las características para proporcionar los datos según el manual de ejecución de la encuesta Fumat, quien nos proporciona la información fue la psicóloga del centro, y se realizó la encuesta de 10 usuarios residentes, se validó conceptos y homologación de tecnicismos de la encuesta escrita nos lleva a utilizar más tiempo del requerido.

Posteriormente se realizó el análisis e interpretación de los datos con ayuda de tablas de puntuación y baremos ya elaborados en la escala Fumat.

3.7.5 Plan de análisis de los datos

Una vez seleccionada la información requerida, se elaboró una base de datos en una hoja electrónica en el programa Microsoft Excel 2010, diseñado por las autoras de este trabajo de investigación, con las variables indicadas previamente. Posterior a lo cual, esa información se importó al programa estadístico SPSS versión 19.0 para el análisis respectivo. En la evaluación de variables, se identificó que la distribución no es normal, por lo que se decidió usar pruebas no paramétricas para muestras independientes, en la correlación de las variables cualitativas y cuantitativas, aplicando la prueba estadística de Kruskal-Wallis, que es un método no paramétrico para probar si un grupo de datos proviene de la misma población. Intuitivamente, es idéntico al ANOVA con los datos reemplazados por categorías. En todos los procesos para ver la significancia estadística se consideró una $p < 0,05$. («ANOVA», 2020)

3.8 Aspectos bioéticos

El consentimiento informado para realizar esta investigación se obtuvo de elaboración propia mediante modelo del Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La información se recolectó a través de la realización de una encuesta de calidad de vida Fumat después de obtener la aprobación del Ministerio de Inclusión Económica y social y del Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Esta investigación se realizó con fines educativos y de estudio teórico, correspondiente a un proyecto de titulación de cuarto nivel y no representa ningún riesgo para la salud de los participantes, pues no es un estudio que interviene en personas directamente. Será la base de futuros trabajos investigativo sobre calidad de vida en el adulto mayor, tomándose como referente científico en nuestro país.

Por lo tanto, este proyecto se realizó en base a los principios bioéticos que son la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia social, la Declaración de Helsinki, y los derechos del adulto mayor según la Constitución de la República del Ecuador. La utilidad de esta investigación es que contribuirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores que reciben servicios de atención directa del MIES.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Introducción

Para dar inicio al análisis de los datos obtenidos en la investigación, se muestran las estadísticas descriptivas de todas las variables que forman parte del modelo y la relación de las mismas con el tipo de atención en las siguientes modalidades: centro diurno, residencial y espacio de socialización y encuentro de los centros gerontológicos de atención directa del MIES, en el cantón Patate y Guano.

Para el procesamiento de los datos y análisis de los resultados se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19.

4.2 Características de la población de estudio

Se analizaron 236 adultos mayores usuarios de los servicios de cuidados gerontológicos del MIES, de estos: 119 PAM (50,42%) acuden a centros diurnos, 81 PAM (34,32%) a espacios de socialización y encuentro y 36 PAM (15,25%) acuden a centros residenciales.

La edad promedio fue de 77,79 años, el 47,3% estuvieron entre 75 a 84 años; el 64,41% fueron mujeres; el 41,95% fueron casados y, el 39,41% viven con su pareja. Con respecto a las condiciones de salud: el 42,37% no tuvieron diagnóstico de alguna enfermedad, el 67,80% no utilizan medicamentos o no tiene polifarmacia y el 61,44% declararon no presentar incontinencia. Las características de los usuarios se presentan en la Tabla No. 14.

Tabla 14. Características sociodemográficas y clínicas

VARIABLE	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
EDAD			
65-74	75	31,78%	31,78%
75-84	111	47,03%	78,81%
85-95	50	21,19%	100,00%
Promedio de edad (años)	77,79		
SEXO			
Femenino	152	64,41%	64,41%
Masculino	84	35,59%	100,00%
ESTADO CIVIL			
Casado	99	41,95%	41,95%
Divorciado	11	4,66%	46,61%
Soltero	54	22,88%	69,49%
Unión libre	3	1,27%	70,76%
Viudo	69	29,24%	100,00%
CON QUIÉN VIVE			
Centro Gerontológico	32	13,56%	13,56%
Hijos	50	21,19%	34,75%
Otro familiar	10	4,24%	38,98%
Pareja	93	39,41%	78,39%
Solo	51	21,61%	100,00%
TIPO DE ATENCIÓN			
Centro Diurno	119	50,42%	50,42%
Espacio de Socialización y Encuentro	81	34,32%	84,75%
Centro Residencial	36	15,25%	100,00%
PATOLOGÍAS			
Artrosis	30	14,85%	14,85%
Diabetes Mellitus Tipo 2	5	2,48%	17,33%
ECV	1	0,50%	17,82%
Hipertensión Arterial	64	31,68%	49,50%
Parkinson	2	0,99%	50,50%
Sin patología	100	49,50%	100,00%
PLURIPATOLOGÍA			
SI	34	14,41%	14,41%
NO	202	85,59%	100,00%
POLIFARMACIA			
No	101	42,80%	42,80%
No usa medicamento	59	25,00%	67,80%
Si	76	32,20%	100,00%

Tabla 14. (Continuación)

VARIABLE	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
INCONTINENCIA			
Doble	4	1,69%	1,69%
Fecal	1	0,42%	2,12%
No tiene	145	61,44%	63,56%
Urinaria	86	36,44%	100,00%

Fuente: Datos recolectados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

Tabla 15. Las características demográficas y gerontológicas, desagregadas con tipo de servicio recibido.

CARACTERÍSTICAS	ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO		CENTRO DIURNO		CENTRO RESIDENCIAL		TOTAL	
	N (81)	%	N (119)	%	N (36)	%	n	%
Edad								
Promedio de edad (años)	76,34		77,82		80,97			
Sexo								
Femenino	52	64,20%	80	67,23%	20	55,56%	152	64,41%
Masculino	29	35,80%	39	32,77%	16	44,44%	84	35,59%
ABVD Actividades básicas de la vida diaria								
Dependiente	28	34,57%	55	46,22%	19	52,78%	102	43,22%
Independiente	53	65,43%	64	53,78%	17	47,22%	134	56,78%
AIVD Actividades instrumentales de la vida diaria								
Dependiente	57	70,37%	83	69,75%	29	80,56%	169	71,61%
Independiente	24	29,63%	36	30,25%	7	19,44%	67	28,39%
Estado cognitivo								
Con deterioro cognitivo	53	65,43%	88	73,95%	28	77,78%	169	71,61%
Sin deterioro cognitivo	28	34,57%	31	26,05%	8	22,22%	67	28,39%
Polifarmacia								
No	81	100,00%	67	56,30%	12	33,33%	160	67,80%
Si	0	0%	52	43,70%	24	66,67%	76	32,20%
Patologías								
Hipertensión arterial	26	32,10%	39	32,77%	15	41,67%	80	33,90%

Tabla 15. (Continuación)

CARACTERÍSTICAS	ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO		CENTRO DIURNO		CENTRO RESIDENCIAL		TOTAL	
Diabetes Mellitus 2	0	0%	3	2,52%	0	0%	3	1,27%
ECV	0	0%	1	0,84%	0	0%	1	0,42%
Artrosis	0	0%	9	7,56%	4	11,11%	13	5,51%
Parkinson	0	0%	1	0,84%	1	2,78%	2	0,85%
Sin patología	55	67,90%	50	42,02%	15	41,67%	120	50,85%
Pluripatología								
Si	0	0	16	13,45%	1	2,78%	17	7,20
No	81	100,00%	103	86,55%	35	97,22%	219	92,80
Calidad de vida								
Buena	64	79,01%	76	63,87%	16	44,44%	156	66,10%
No buena	17	20,99%	43	36,13%	20	55,56%	80	33,90%
Total general	81	100,00%	119	100,00%	36	100,00%	236	100,00%

Fuente: Datos recolectados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

En cuanto a la funcionalidad para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los 236 participantes, que acuden a los centros gerontológicos en el cantón Patate y Guano, se expresa lo siguiente (tabla No. 16 y No. 17):

Tabla 16. Funcionalidad para abvd de los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ÍNDICE DE BARTHEL*)	CENTROS GERONTOLÓGICOS										
	ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO			CENTRO DIURNO			CENTRO RESIDENCIAL			TOTAL	%
	n	Global %	Parcial %	n	Global %	Parcial %	n	Global %	Parcial %		
Independiente (100)	53	22,46%	65,43%	64	27,12%	53,78%	17	7,20%	47,22%	134	56,78%
Dependiente leve (61-99)	28	11,86%	34,57%	55	23,31%	46,22%	17	7,20%	47,22%	100	42,37%
Dependiente moderado (41-60)	0	0%	0%	0	0%	0%	2	0,85%	5,56%	2	0,85%
Total	81	34,32%	100%	119	50,42%	100%	36	15,25%	100%	236	100%

*ÍNDICE DE BARTHEL: test que valora dependencia para actividades básicas de la vida (ABVD).

Fuente: Datos recolectados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.
Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

Tabla 17. Funcionalidad para AIVD de los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (LAWTON Y BRODY*)	CENTROS GERONTOLÓGICOS										
	ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO			CENTRO DIURNO			CENTRO RESIDENCIAL			TOTAL	%
	n	Global %	Parcial %	n	Global %	Parcial %	N	Global %	Parcial %		
Independiente (8)	24	10,17%	29,63%	36	15,25%	30,25%	7	2,97%	19,44%	67	28,39%
Dependiente leve (6-7)	22	9,32%	27,16%	48	20,34%	40,34%	5	2,12%	13,89%	75	31,78%
Dependiente moderado (4-5)	22	9,32%	27,16%	26	11,02%	21,85%	9	3,81%	25,00%	57	24,15%
Dependiente severo (2-3)	13	5,51%	16,05%	7	2,97%	5,88%	10	4,24%	27,78%	30	12,71%
Dependiente total (0-1)	0	0%	0%	2	0,85%	1,68%	5	2,12%	13,89%	7	2,97%
Total	81	34,32%	100,00%	119	50,42%	100,00%	36	15,25%	100,00%	236	100,00%

*LAWTON Y BRODY: test mediante el cual se valora el grado de dependencia e independencia para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

FUENTE DE DATOS: Recolectados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

ELABORADO POR: Martínez A, Sánchez M (2019)

En relación al estado cognitivo de los adultos mayores, en las distintas modalidades de atención de los centros gerontológicos, se indica lo siguiente (tabla No. 18):

Tabla 18. Estado cognitivo de los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MNSE) DE FOLSTEIN*	CENTROS GERONTOLÓGICOS										%
	ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO			CENTRO DIURNO			CENTRO RESIDENCIAL			TOTAL	
	n	Global %	Parcial %	n	Global %	Parcial %	n	Global %	Parcial %		
Normal (27 a 30)	28	11,86	34,57	31	13,14	26,05	8	3,39	22,22	67	28,39
Sospecha patológica (25 -26)	35	14,83	43,21	33	13,98	27,73	7	2,97	19,44	75	31,78
Deterioro cognitivo leve (10-24)	18	7,63	22,22	55	23,31	46,22	20	8,47	55,56	93	39,41
Deterioro cognitivo moderado (6-9)	0	0,00	0	0	0,00	0	1	0,42	2,78	1	0,42
Total	81	34,32	100	119	50,42	100	36	15,25	100	236	100

* MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MNSE) DE FOLSTEIN: mide de forma rápida el estado cognitivo de las personas.

Fuente: Datos recolectados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

4.3 Modalidad de atención y calidad de vida

El percentil del índice de calidad de vida percibida por la encuesta Fumat se organizó en categorías, siendo las descritas a continuación:

Tabla 19. Categorías de calidad de vida percibida de acuerdo al percentil

CATEGORÍA	CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA	PERCENTIL
5	Excelente calidad de vida	81 a 94
4	Muy buena calidad de vida	61 a 80
3	Buena calidad de vida	51 a 60
2	Media baja calidad de vida	41 a 50
1	Baja calidad de vida	1 a 40

Fuente: Datos recolectados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

Después de lo expuesto se puede indicar, que en los centros diurnos, la mediana de calidad de vida percibida, se concentró en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a una buena calidad de vida.

En los espacios de socialización y encuentro, la mediana de calidad de vida percibida, se concentró en las categorías 3 y 4 que corresponde a una calidad de vida buena y muy buena (percentil 51-60 y 61-80 respectivamente).

En los centros residenciales, la mediana de calidad de vida percibida, se concentró en la categoría 2 (percentil 41-50) que corresponde a calidad de vida media baja.

Es tan fuerte la asociación ($p=0.004$) de la calidad de vida con el tipo de atención (Gráfico 16), que la mayoría de las variables no la modificó, excepto las variables intervinientes polifarmacia y funcionalidad para actividades instrumentales de la vida diaria evaluada mediante la escala de Lawton y Brody, como se evidencia en los gráficos 23 y 27.

Gráfico 16. Calidad de vida en los adultos mayores que asisten a los centros de atención directa del MIES, en las provincias de Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019

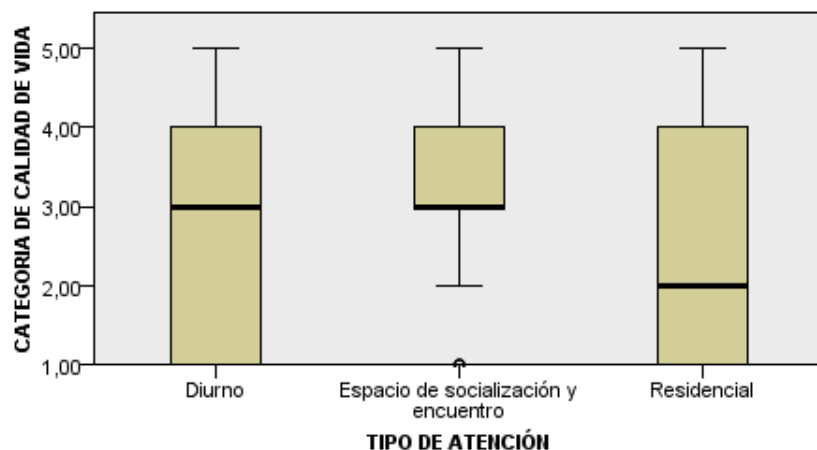


Gráfico 16: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
TIPO DE ATENCIÓN: modalidad de atención a los adultos mayores de acuerdo a la normativa del MIES.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

4.3.1 Relación de la calidad de vida con variables socio-demográficas, clínicas y geriátricas

- **Edad de los participantes en el estudio y su relación con la calidad de vida**

En la edad avanzada de 60 a 74 años, la mediana de calidad de vida percibida, se centralizó en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida. En los ancianos de 75 a 90 años, la mediana de calidad de vida percibida, se centró en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida.

Mientras que en las personas longevas de 90 a 99 años, la mediana de calidad de vida percibida, se centró en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida. Esto permite identificar el hecho de que los participantes en el estudio han mantenido su calidad de vida en todo el espectro de edades estudiadas. Es decir, no existen diferencias ($p=0,469$) en cuanto a la autopercepción de calidad de vida que tiene una persona a los 65 años en relación a otra que tenga 99 años de edad, tal como se indica en el Gráfico 17.

Gráfico 17. Calidad de vida en los adultos mayores, por rangos de edad, que acuden a los centros de atención directa del MIES.

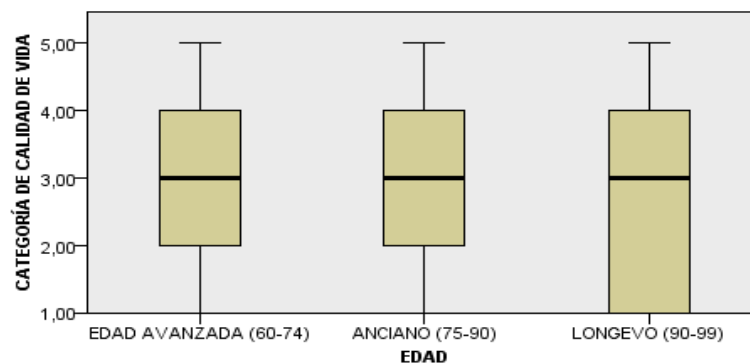


Gráfico 17: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
EDAD: clasificación por edad de los adultos mayores, indicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.
Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

- **Calidad de vida en mujeres y hombres adultos mayores participantes del estudio**

En el sexo femenino, la mediana de calidad de vida percibida, se congregó en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida. En el sexo masculino, la mediana de calidad de vida percibida, se congregó en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida.

Por lo tanto las diferencias ($p=0,970$) por sexo en el grupo estudiado no existen y la autopercepción de calidad de vida de las mujeres y hombres que acuden a los diferentes centros de atención directa del MIES, es la misma (Gráfico 18).

Gráfico 18. Calidad de vida en los adultos mayores, de acuerdo al sexo femenino y masculino, que acuden a los centros de atención directa del MIES.

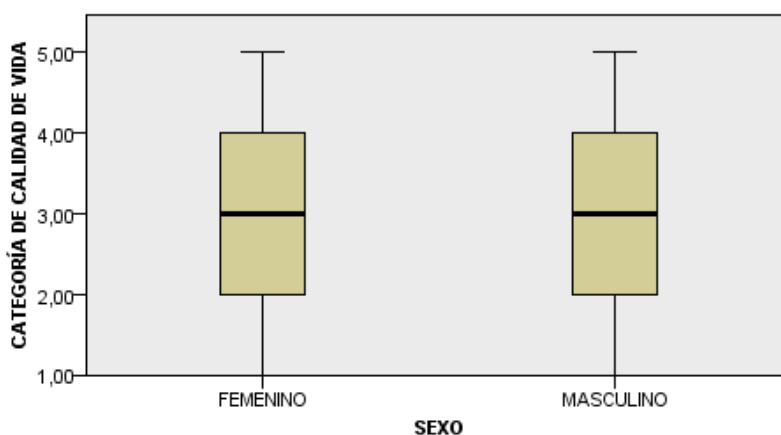


Gráfico 18: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
SEXO: femenino y masculino, verificado mediante la cédula de ciudadanía.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

- **Calidad de vida en los adultos mayores, teniendo en cuenta su estado civil**

En el estudio los participantes solteros, viudos y divorciados, que fueron agrupados en la categoría sin pareja, la mediana de calidad de vida percibida, se aglomeraron en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a una buena calidad de vida.

Y en las personas adultas mayores casadas o en unión libre que se categorizaron con pareja, la mediana de calidad de vida percibida, se asoció en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a una buena calidad de vida.

Es decir que el no tener pareja (soltero, viudo y divorciado) y el tener pareja (casado y en unión libre), no modifica ($p=0,543$) en este grupo de estudio, la autopercepción de calidad de vida, lo que se evidencia en el Gráfico 19.

Gráfico 19. Calidad de vida en los adultos mayores sin pareja y con pareja, que acuden a los centros de atención directa del MIES.

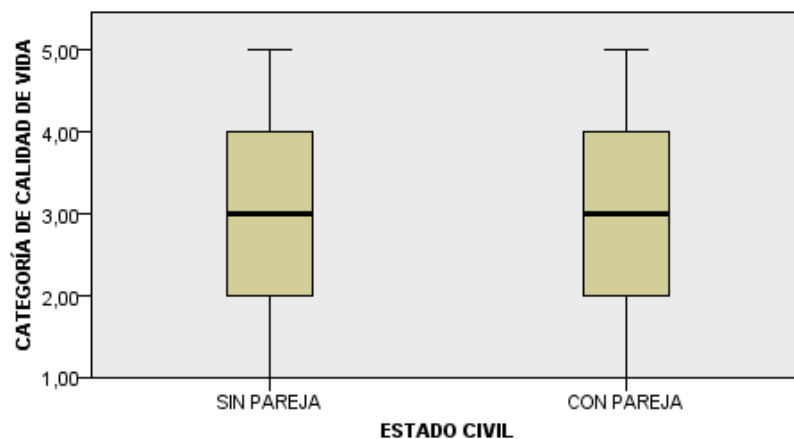


Gráfico 19: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
ESTADO CIVIL: se agruparon en sin pareja a todos los participantes solteros/as, viudos/as y divorciados/as y en el grupo con pareja a todos quiénes se encontraban casados/as y en unión libre.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

- **Calidad de vida en los participantes, en relación con quién vive.**

En las personas adultas mayores que viven solas, la mediana de calidad de vida percibida, se relacionó en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida.

Y quienes viven acompañados, ya sea por su pareja, hijos u otro familiar, la mediana de calidad de vida percibida, se relacionaron en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida.

Por lo que podemos determinar ($p=0,199$) que la autopercepción de calidad de vida, de los adultos mayores que participaron en el estudio, no varía si viven solos o acompañados ya sea por su pareja, hijos u otro familiar (Gráfico 20).

Gráfico 20. Calidad de vida en los adultos mayores que viven solos o acompañados y acuden a los centros de atención directa del MIES.

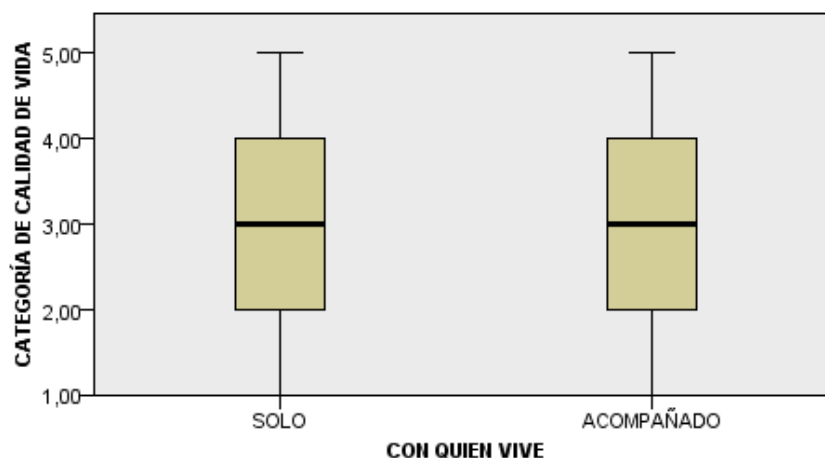


GRÁFICO 20: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
CON QUIÉN VIVE: se categorizó en quiénes viven solos y acompañados haciendo referencia a aquellos adultos mayores que viven con su pareja, hijos u otro familiar.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

- **Calidad de vida en relación a la presencia o no de incontinencia en el adulto mayor**

En el estudio los participantes que no tienen incontinencia urinaria, fecal o doble (urinaria y fecal), la mediana de calidad de vida percibida, se relacionaron en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida.

En las personas adultas mayores que tienen incontinencia urinaria, fecal o doble, la mediana de calidad de vida percibida, se relacionaron en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida.

Es decir que en el grupo estudiado de adultos mayores, la presencia de incontinencia urinaria, fecal o doble y la ausencia de la misma, no cambia ($p=0,333$) su autopercepción de calidad de vida, como se observa en el Gráfico 21.

Gráfico 21. Calidad de vida en los adultos mayores con o sin incontinencia, que acuden a los centros de atención directa del MIES.

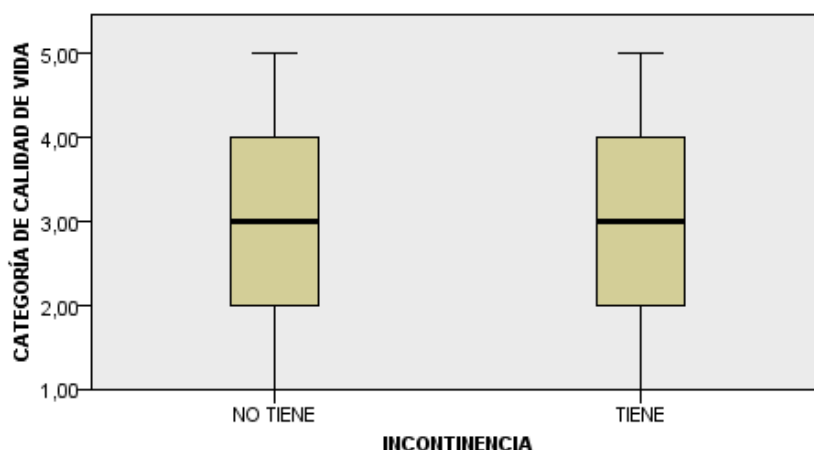


GRÁFICO 21: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
INCONTINENCIA: puede ser urinaria, fecal o doble (urinaria y fecal), se agruparon en dos categorías a los participantes, así: no tiene corresponde a todos quienes no presentan ningún tipo de incontinencia y tiene representa a los adultos mayores que presentan incontinencia urinaria, fecal o doble.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

- **Calidad de vida en adultos mayores sin patologías o con alguna patología.**

Dentro de las enfermedades tomadas en cuenta en el estudio tenemos: hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 2, parkinson, enfermedad cerebro vascular y artrosis, habiendo tenido constancia mediante su registro en la historia clínica, así:

En los adultos mayores sin patología, la mediana de calidad de vida percibida, se concentraron en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida.

Y en aquellas personas, que tenían una o varias de las patologías señaladas con anterioridad, la mediana de calidad de vida percibida, se concentraron en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida.

Por lo que la autopercepción de calidad de vida de los adultos mayores, quienes acuden a los centros de atención directa del MIES, sin patologías añadidas o con la presencia de alguna, no es diferente ($p=0,316$) como se muestra en el Gráfico 22.

Gráfico 22. Calidad de vida en los adultos mayores, sin patología o con alguna patología que acuden a los centros de atención directa del MIES.

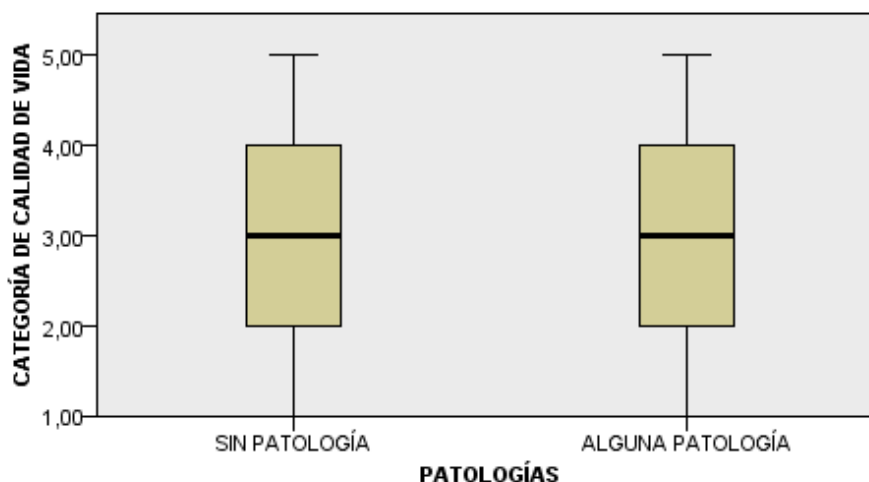


GRÁFICO 22: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
PATOLOGÍAS: se evaluó mediante el registro en la historia clínica, la presencia de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 2, Parkinson, Enfermedad Cerebrovascular y Artrosis, se agrupó en dos categorías: sin patología (no tiene ninguna enfermedad antes mencionada) y alguna patología (tiene una o varias enfermedades).

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.
Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

- **Calidad de vida en relación a la presencia o no de polifarmacia en el adulto mayor**

En los participantes, que toman tres o más medicamentos, es decir que tienen polifarmacia, la mediana de calidad de vida percibida, se concentró entre la categoría 2- 3 (percentil 41 – 50 y 51- 60 respectivamente) que corresponde a una calidad de vida autopercebida como media baja a buena.

Mientras que en el grupo que no toman medicamentos o toman menos de tres medicamentos, es decir no tienen polifarmacia, la mediana de calidad de vida, se apiló en la categoría 3 (percentil 51 – 60) que corresponde a una buena calidad de vida.

Podemos decir entonces, que la autopercepción del adulto mayor en cuanto a su calidad de vida, es diferente ($p=0,000$) en quienes consumen tres o más fármacos, siendo ésta medio baja

a buena; de aquellos que consumen menos de tres medicamentos o ninguno, en donde la calidad de vida es buena, como se muestra en el Gráfico 23.

Gráfico 23. Calidad de vida en los adultos mayores con o sin polifarmacia, que acuden a los centros de atención directa del MIES.

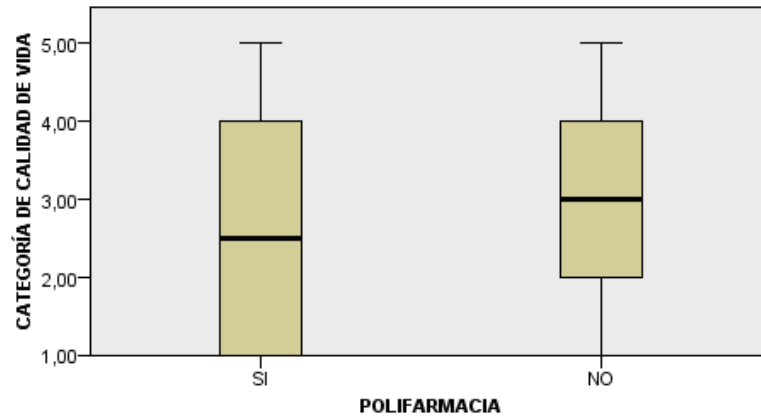


GRÁFICO 23: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
POLIFARMACIA: definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la administración simultánea de más de 3 fármacos, excluyendo vitaminas y suplementos alimenticios.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

No obstante al valorar la autopercepción de calidad de vida, teniendo en cuenta el tipo de atención en los centros gerontológicos del MIES, en el grupo que toma tres o más fármacos, se establece lo siguiente:

En los adultos mayores que toman tres o más medicamentos y acuden a los centros de atención diurna, la mediana de calidad de vida percibida, se concentró en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida.

Mientras que en aquellas personas que toman tres o más fármacos y acuden a los centros de atención residencial, la mediana de calidad de vida percibida, se agrupó en la categoría 2 (percentil 41-50) que corresponde a una calidad de vida autopercebida media baja ($p=0.371$).

La modalidad de atención espacio de socialización y encuentro, no se evidencia en el gráfico, lo que nos indica que los usuarios, toman menos de tres medicamentos o ninguno, es decir no presentan polifarmacia, como se muestra en el Gráfico 24.

Gráfico 24. Calidad de vida en los adultos mayores que toman tres o más medicamentos (polifarmacia) y acuden a los centros de atención directa del MIES.

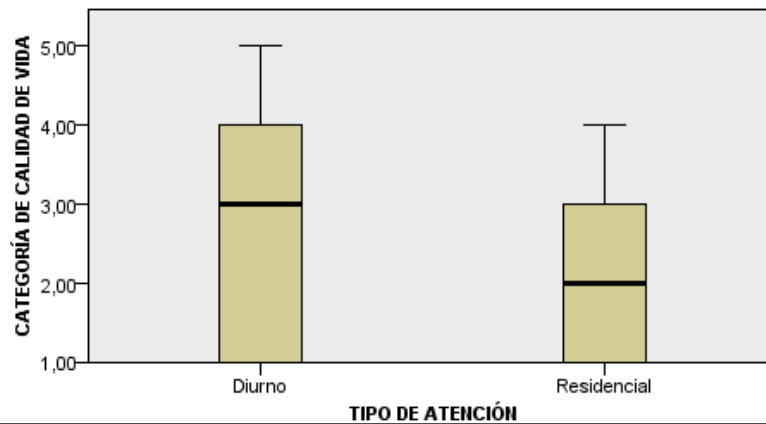


GRÁFICO 24: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
TIPO DE ATENCIÓN: modalidad de atención a los adultos mayores de acuerdo a la normativa del MIES, teniendo en cuenta a todos los adultos mayores que presentan polifarmacia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la administración simultánea de más de 3 fármacos, excluyendo vitaminas y suplementos alimenticios.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

En cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores que toman menos de tres medicamentos o ninguno, es decir que no tienen polifarmacia y acuden a los centros de atención diurna, la mediana de calidad de vida percibida, se centralizó en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a una buena calidad de vida ($p=0.467$).

En los espacios de socialización y encuentro, la mediana de calidad de vida percibida, se concentró entre la categoría 3 y 4 (percentil 51-60; 61-80) que corresponde a una buena a muy buena calidad de vida.

Y en los centros con modalidad de atención residencial, la mediana de calidad de vida percibida, se centró en la categoría 2 (percentil 41-50) que corresponde a una calidad de vida media baja.

Por lo que podemos indicar que en el grupo de estudio que toma menos de tres fármacos o ninguno, tiene una mejor calidad de vida, en comparación con quienes no toman tres o más fármacos (Gráfico 25).

Gráfico 25. Calidad de vida en los adultos mayores que no tienen polifarmacia y acuden a los centros de atención directa del MIES.

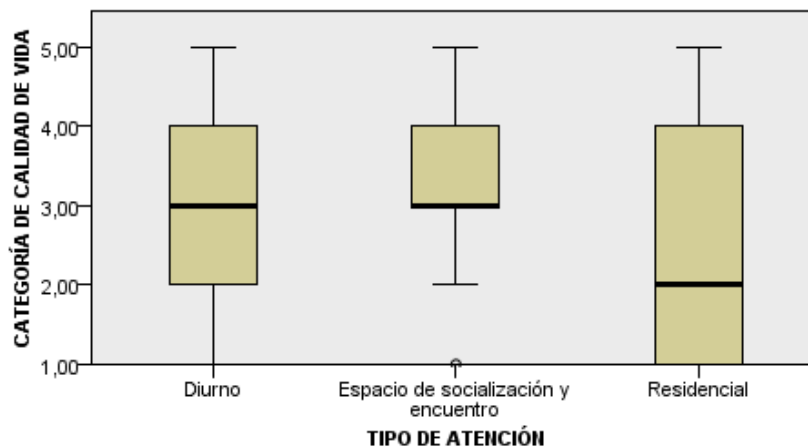


Gráfico 25: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida) = percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
TIPO DE ATENCIÓN: modalidad de atención a los adultos mayores de acuerdo a la normativa del MIES, teniendo en cuenta a todos los adultos mayores que no tienen polifarmacia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la administración simultánea de más de 3 fármacos, excluyendo vitaminas y suplementos alimenticios.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.
Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

- **Calidad de vida en relación a la funcionalidad (Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y cognición)**

En el estudio se valoró la dependencia e independencia de los adultos mayores para actividades básicas de la vida diaria, mediante el índice de Barthel así; quienes presentan un índice 100/100 se consideran independientes para ABVD y quienes presentan un valor menor a 99, se consideran dependientes, teniendo en cuenta que según el puntaje obtenido, la dependencia se considera leve (Barthel 61-99/100), moderada (Barthel 41-60/100) y severa (Barthel 21-40/100). Así en las personas dependientes para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la mediana de calidad de vida percibida, se agrupó en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a una buena calidad de vida ($p=0,057$). Y en los adultos mayores independientes para ABVD, la mediana de calidad de vida percibida, se centralizó en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a buena calidad de vida. Es decir que la

funcionalidad para ABVD de los adultos mayores que participaron en el estudio, no modificó la percepción de calidad de vida, que tienen frente a la modalidad de atención en la que participan, como se muestra en el Gráfico 26.

Gráfico 26. Relación entre calidad de vida percibida y funcionalidad para ABVD, en los centros de atención directa del MIES.

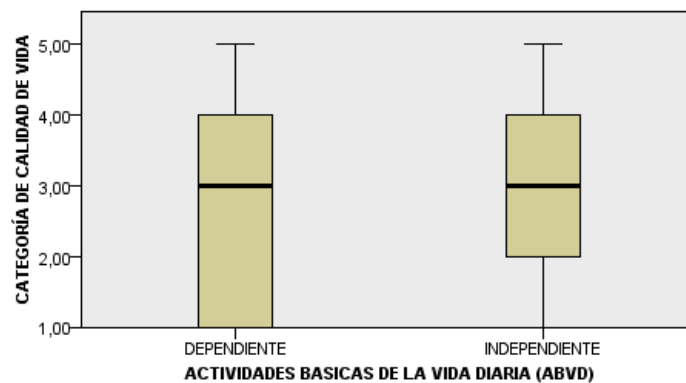


GRÁFICO 26: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida) = percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.

ÍNDICE DE BARTHEL: es un instrumento que mide la capacidad que tiene una persona para realizar diez actividades básicas de la vida diaria (ABVD) entre ellas baño, vestido, aseo (higiene corporal), ir al retrete, deambulación, traslado sillón-cama, subir v bajar escaleras. micción. deposición v alimentación. de manera dependiente o independiente.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

En la investigación se evaluó la dependencia e independencia de los adultos mayores para actividades instrumentales de la vida diaria, mediante la aplicación de la escala de Lawton y Brody así; quienes presentaron Lawton y Brody 8/8 se consideran independientes para AIVD y quienes presentan un valor menor a 7, se consideraron dependientes, teniendo en cuenta que según el puntaje obtenido, la dependencia se considera leve (Lawton y Brody 6-7/8), moderada (Lawton y Brody 4-5/8) y severa (Lawton y Brody 2-3/8).

Así en las personas adultas mayores con dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), la mediana de calidad de vida percibida, se centró en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a una buena calidad de vida ($p=0,109$).

Y en los adultos mayores independientes para AIVD, la mediana de calidad de vida percibida, se agrupó en la categoría 4 (percentil 61-80) que corresponde a una muy buena calidad de vida, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

Esto nos orienta a indicar que los adultos mayores del grupo estudiado, que son independientes para AIVD tienen una mejor percepción de calidad de vida, como se observa en el Gráfico 27.

Gráfico 27. Relación entre calidad de vida percibida y funcionalidad para AIVD, en los centros de atención directa del MIES.

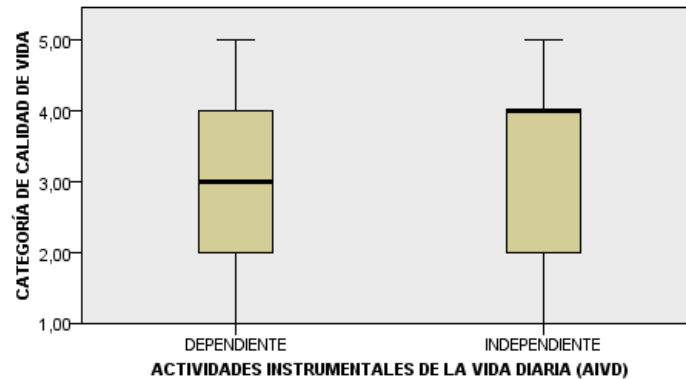


Gráfico 27. CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
 ESCALA DE LAWTON Y BRODY: permite medir el grado de independencia que tiene una persona para realizar ocho actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) entre ellas capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación y capacidad para utilizar dinero.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.
Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

Ésta relación si modifica ($p=0,029$), la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los centros de atención directa del MIES, ya que se correlacionó la autopercepción de calidad de vida, con el tipo de atención, en el grupo de adultos mayores independientes para las AIVD y se observó lo siguiente:

En los adultos mayores independientes para las AIVD y que acuden a la modalidad de atención espacio de socialización y encuentro, la mediana de calidad de vida percibida, se apiló en la categoría 4 (percentil 61-80) que corresponde a una calidad de vida muy buena.

Mientras que aquellas personas independientes para las AIVD y que acuden a la modalidad de atención centro diurno y residencial, la mediana de calidad de vida percibida, se colocó en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a una buena calidad de vida, lo que se evidencia en el Gráfico 28.

Gráfico 28. Relación entre calidad de vida percibida en los adultos mayores independientes para las AIVD, en los centros de atención directa del MIES.

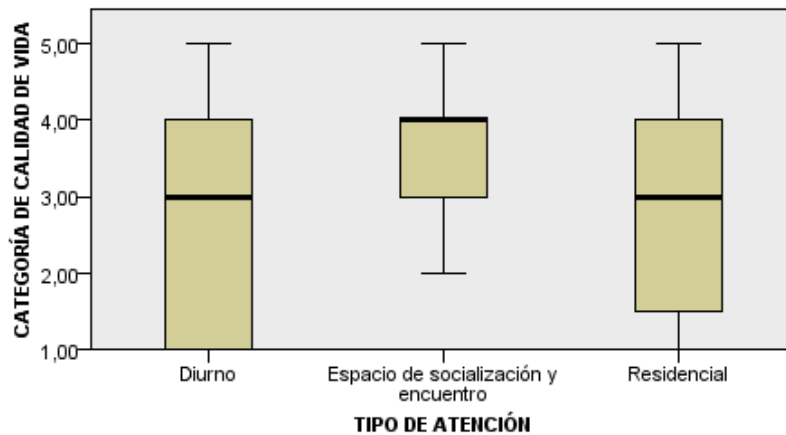


GRÁFICO 28: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
ESCALA DE LAWTON Y BRODY: permite medir el grado de independencia que tiene una persona para realizar ocho actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) entre ellas capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación y capacidad para utilizar dinero.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

En cuanto a los adultos mayores dependientes para AIVD y que acuden a centros gerontológicos en la modalidad de atención de centro diurno y espacio de socialización y encuentro, la mediana de calidad de vida percibida, se ubicó en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a una buena calidad de vida ($p=0,030$).

Y en aquellas personas dependientes para AIVD y que son usuarias de la modalidad de atención residencial, la mediana de calidad de vida percibida, se apiló en la categoría 2 (percentil 41-50) que corresponde a una calidad de vida media baja ($p=0,030$), lo que se muestra en el Gráfico 29.

Gráfico 29. Relación entre calidad de vida percibida en adultos mayores dependientes para las AIVD, en los centros de atención directa del MIES.

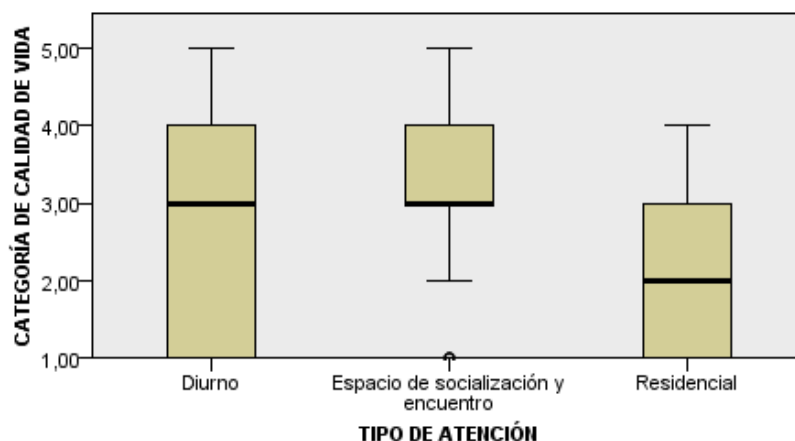


GRÁFICO 29: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)= percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
ESCALA DE LAWTON Y BRODY: permite medir el grado de independencia que tiene una persona para realizar ocho actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) entre ellas capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación y capacidad para utilizar dinero.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

En cuanto a la valoración del estado cognitivo de los participantes, se utilizó la Escala Minimal Mental MEC-Lobo, la misma que determina según la puntuación obtenida lo siguiente: 27 o más: Normal; 24 o menos: Sospecha patológica; 12 - 24: Deterioro; 9 -12: Demencia, categorías que fueron agrupadas en No Patológico que corresponde a una puntuación 30-27 es decir normal y Patológico a una puntuación menor de 26, es decir en este grupo se incluye a la sospecha patológica y deterioro cognitivo, así:

Los adultos mayores que no tienen deterioro cognitivo (sin deterioro cognitivo), la mediana de calidad de vida percibida, se centraron en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a una buena calidad de vida.

Y en aquellas personas con sospecha patológica, deterioro cognitivo o demencia (con deterioro cognitivo), la mediana de calidad de vida percibida, se concentraron en la categoría 3 (percentil 51-60) que corresponde a una buena calidad de vida.

Es decir que el estado cognitivo de los adultos mayores, que acuden a los centros de atención, no modifica ($p=0,137$) su autopercepción de calidad de vida (Gráfico 30).

Gráfico 30. Relación entre calidad de vida percibida en adultos mayores sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo, en los centros de atención directa del MIES.

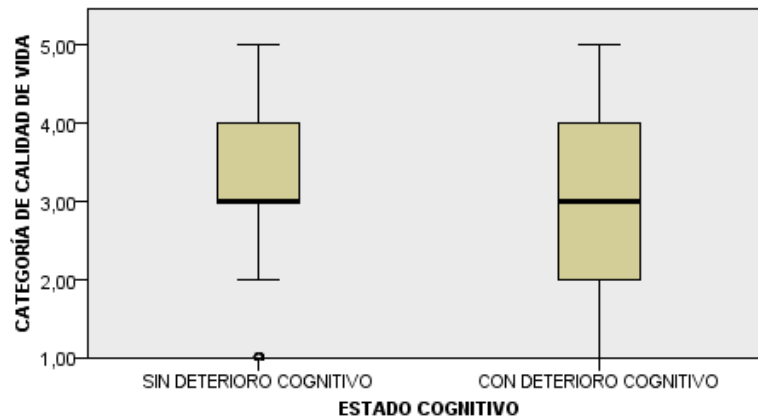


GRÁFICO 30: CATEGORÍA DE CALIDAD DE VIDA: representa el percentil del índice de calidad de vida percibida de 1 a 94 por la encuesta Fumat, así: categoría 1 (baja calidad de vida)=percentil 1-40; categoría 2 (media baja calidad de vida)=percentil 41-50; categoría 3 (buena calidad de vida)= percentil 51-60; categoría 4 (muy buena calidad de vida)= percentil 61-80; categoría 5 (excelente calidad de vida)= percentil 81-94.
ESCALA MINIMENTAL (MEC-LOBO): es una prueba de carácter cognitivo, que se utiliza para detectar una posible demencia y para dar seguimiento a la misma, existen dos versiones una de puntuación máxima de 30 y otra de 35, la utilizada en el estudio fue la puntuación máxima de 30.

Fuente: Datos recopilados por las investigadoras en Tungurahua y Chimborazo, Julio 2019.

Elaborado por: Martínez A. y Sánchez M. (2019)

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Tipo de atención

En el presente estudio la percepción de buena y muy buena calidad de vida se asoció con acudir a los Espacios de Socialización y Encuentro, donde se pone especial énfasis en la construcción de relaciones sociales y comunitarias positivas. En el estudio de Lapo y Lobos sobre Análisis Comparativo de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en Guayas-Ecuador y Región del Maule-Chile en el 2014, se encontró que las principales variables relacionadas con mejor calidad de vida fueron: la percepción de buena salud, satisfacción con la alimentación, familia cercana, mayor número de bienes que existen en el hogar y mayor cantidad de recursos percibidos; en los adultos mayores del Guayas, la percepción de mejor calidad de vida también se asoció con: les gusta estar con sus amigos, acudir en grupo a los centros comerciales, parques, para conversar y socializar es decir, buscan y valoran los espacios y oportunidades de integración y un porcentaje menor prefiere estar cerca de la naturaleza; mientras que en la Región del Maule de Chile, los adultos mayores prefieren integrar o pertenecer a pequeñas ciudades porque eso les da tranquilidad. Se evidencia que posibilidad de interacción social en los adultos mayores ecuatorianos pesa fuertemente en la percepción de mejor calidad de vida (Bustamante, Lapo, Torres, & Camino, 2017).

La socialización y encuentro es fundamental en el ser humano, porque desde que nace es un ser social, destinado a vivir en un mundo con un proceso continuo de interacción y encuentro social, lo que contribuye a su calidad de vida, lo cual se hace manifiesto y es un factor en la adaptación de los adultos mayores a la atención en centros residenciales, lo menciona en su estudio Onunkwor et al, en el que al comparar usuarios adultos mayores que tenían menos de 2 años en centros residenciales no gubernamentales en Malasia, con aquellos que llevaban 2 o más años en los mismos, se reportó que este factor repercute en la calidad de vida autopercibida en los adultos mayores, ya que aquellos que tienen más de 2 años de convivencia, mantienen una mayor interacción social con el personal de salud y sus compañeros (Onunkwor et al., 2016).

Así mismo en el estudio de Scocco & Nassuato, en el que analizaron el papel de las relaciones sociales de los adultos mayores en la comunidad, domicilio y en centros residenciales, hacen énfasis en que la calidad de vida no solo se relaciona con factores sociodemográficos o características personales (salud física y mental), sino también con el mantener interacción social (Scocco & Nassuato, 2017).

FUNCIONALIDAD ABVD

En el presente estudio, no se encontró asociación entre percepción de buena calidad de vida con independencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD); lo que contrasta con los hallazgos del estudio transversal y descriptivo de Fernández y Avilés en la ciudad de México que menciona que a menor funcionalidad para ABVD, mayor es el deterioro en la calidad de vida (Fernández & Avilés, 2009). Esta diferencia puede explicarse porque la población analizada en México fue en adultos mayores ciudadanos, mientras que el presente estudio es en adultos mayores rurales; la escala utilizada en México, centra el análisis de calidad de vida en categorías relacionadas con la salud, mientras que en este estudio se analizaron otros componentes de calidad de vida como: bienestar emocional y físico, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión y respeto de derechos.

Mientras que en el estudio realizado en una zona rural de Corpus & Linda, al evaluar la calidad de vida de los adultos mayores, usuarios del centro integral en la Municipalidad Provincial de Barranca-Perú indicaron que ésta en el 57,1% fue inaceptable y solo el 42,9% representan una calidad de vida aceptable, el 58,6% representan un nivel inaceptable de relaciones interpersonales y el 41,4% representa un nivel aceptable de relaciones interpersonales (Corpus & Linda, s. f.).

FUNCIONALIDAD AIVD

En el este estudio, se encontró asociación entre independencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con mejor calidad de vida percibida. Lo que concuerda con los hallazgos de Blanco-Reina, realizado en Málaga que encuentra asociación entre dependencia en AIVD con pobre calidad de vida (Blanco-Reina et al., 2019). El estudio

transversal realizado en Vila Velha- Brasil indica que el ser capaz de interactuar con personas fuera del hogar, así como el participar en actividades comunitarias y realizar actividad física, son elementos importantes que se asocian con una mayor capacidad funcional, mejor calidad de vida y un envejecimiento progresivo exitoso. (de Lira et al., 2018) Así mismo, en el estudio transversal realizado Huelva –España, indica que la capacidad funcional es una variable predictiva significativa de autonomía para AIVD, mientras que la fragilidad y riesgo de caídas son predictores significativos de autonomía para ABVD. (Tornero-Quñones, Sáez-Padilla, Espina Díaz, Abad Robles, & Sierra Robles, 2020)

ESTADO COGNITIVO

En el presente estudio no se encontró asociación entre algún tipo de deterioro cognitivo con percepción de calidad de vida; lo que contrarresta con el estudio de Paredes, Yarce y Aguirre que encontró asociación entre estado cognitivo conservado con mejor percepción de calidad de vida. Estas diferencias pueden explicarse porque en el estudio llevado a cabo en San Juan de Pasto la valoración de calidad de vida está centrada en la salud, mientras que en la presente tiene mayores componentes sociales y se llevó a cabo en una población urbana. (Paredes Arturo, Yarce Pinzón, & Aguirre Acevedo, 2018)

Llama la atención que en el presente estudio la percepción de buena calidad de vida no se vio perturbada por la presencia de deterioro cognitivo, pero sí por la dependencia en las actividades instrumentales.

Fenómeno que también fue reportado en el estudio de Scocco & Nassuato, en el cual indican que la existencia de deterioro cognitivo, no se relaciona con peor calidad de vida, ya que ésta no solo depende de factores sociodemográficos o características personales de salud, sino también de las relaciones interpersonales en las que interactúan.

POLIFARMACIA

En este estudio se encontró asociación entre la presencia de polifarmacia y percepción de peor calidad de vida. Esto concuerda con el estudio transversal de Blanco-Reina en Málaga - España que encontró que la presencia de polifarmacia, se asocia a una percepción de calidad

de vida baja (Blanco-Reina et al., 2019); y con el estudio transversal de Tegegn en Gondar – Etiopía, en el que participaron 150 adultos mayores que toman 3 o más medicamentos, con una edad media de 70.06 ± 5.12 , y dos tercios de los participantes (67.3%) eran mujeres; encontrándose una prevalencia general de mala calidad de vida, asociada a la polifarmacia que estuvo presente en el 75.3% de los participantes (Tegegn et al., 2019)

INCONTINENCIA

En el presente estudio, no se encontró relación entre incontinencia urinaria y/o fecal con adecuada calidad de vida. Esto contraría el estudio de Griebing que cita la relación de incontinencia con la calidad de vida de las personas mayores, entendiéndose ésta como incontinencia urinaria, fecal o doble (urinaria y fecal). La incontinencia se distingue, no solo como una entidad clínica que puede requerir evaluación y tratamiento, sino que también es un predictor del resultado de otras enfermedades geriátricas, por lo que es considerada un síndrome geriátrico y se asocia a una amplia variedad de resultados negativos, como la disminución de la actividad física, aislamiento social y depresión, lo que merma la calidad de vida, haciendo que los adultos mayores la autoevalúen como desfavorable. (Griebing, 2013)

El estudio de Sims et al reporta que la calidad de vida frente a la presencia de incontinencia, será determinada por la gravedad de los síntomas y el tipo de incontinencia urinaria; así el estudio longitudinal de (Sims, Browning, Lundgren-Lindquist, & Kendig, 2011) realizado en Melbourne – Australia, en el que evaluaron a 796 participantes, el 28% experimentó incontinencia urinaria de urgencia y el 21% informó ocasionalmente incontinencia urinaria de esfuerzo, siendo más frecuente entre las mujeres, reportándose que la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo se asoció con depresión y dependencia para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), lo que ocasionó que las mujeres refieran una peor calidad de vida; en comparación con los hombres con incontinencia de esfuerzo que indicaron percibir una mejor calidad de vida, porque no afectaba su desenvolvimiento social; en cuanto a la incontinencia urinaria de urgencia que se presenta a menudo, impacta significativamente en la salud emocional del adulto mayor asociándola con la presencia de depresión, mientras que cuando se presenta ocasionalmente no tuvo un impacto negativo en quién lo padece.

El reporte del estudio de Krhut et al. realizado en República Checa mediante el cual se indicó que en las mujeres, el impacto de la incontinencia urinaria en relación a su calidad de vida es más cualitativo (continente o incontinente) que cuantitativo (en otras palabras, la incontinencia más grave, no está correlacionada linealmente con un mayor impacto negativo, en la calidad de vida), es decir que incluso una pequeña fuga de orina por muy pequeña que sea, causa una alteración severa en la calidad de vida. Mientras que al evaluar la correlación entre el tipo de incontinencia y el impacto en la calidad de vida, encontraron que la incontinencia urinaria de urgencia tuvo un resultado extremadamente negativo en la calidad de vida (debido a que la necesidad de orinar no es predecible y por tanto es, más angustiante y limita a quienes la presentan), en comparación con el efecto que causa la incontinencia urinaria de esfuerzo, que fue significativamente bajo (Krhut et al., 2018).

En referencia a la incontinencia fecal, Cohan, Chou & Varma indican que los hombres parecen tener una mejor calidad de vida que las mujeres, específicamente con respecto a la vergüenza y el afrontamiento, ya que se sugiere que los hombres con incontinencia fecal, tienen mejor calidad de vida que las mujeres, porque al parecer tienen una mayor aceptación de sus síntomas de incontinencia fecal, lo que significativamente resulta en menos angustia en comparación con las mujeres, principalmente por el uso de estrategias de adaptación (Cohan, Chou, & Varma, 2015).

En este sentido Meyer, Blanchard, Markland, Gibson, & Richter, caracterizaron las diferencias en los síntomas de angustia, calidad de vida y fisiología anorectal, entre mujeres jóvenes y adultas mayores, estudiaron a 879 mujeres, 286 y 593 que fueron clasificados como adultas mayores y jóvenes respectivamente (edades medias, 71.4 ± 5.3 años y $51,3 \pm 10,5$), teniendo como resultados que la filtración de heces sólidas fue más frecuente en mujeres mayores, mientras que la fuga de heces líquidas y la urgencia fecal no fue diferente entre grupos, fue mayor la tasa de comorbilidades e incontinencia urinaria concurrente, así como una historia previa de cirugías pélvicas y anales en mujeres mayores en comparación con la cohorte más joven; en cuanto a la gravedad de los síntomas se reportó como similar entre grupos; sin embargo, hubo un mayor impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres más jóvenes; por tanto la edad más joven es un predictor independiente para tener peores condiciones de calidad de vida, lo que podría ser a causa de que las mujeres mayores a menudo perciben la incontinencia, como una parte normal del envejecimiento, mientras que

las mujeres más jóvenes pueden ser perturbadas por cualquier grado de incontinencia fecal (Meyer, Blanchard, Markland, Gibson, & Richter, 2019).

En nuestro estudio la presencia de incontinencia urinaria, fecal o doble y la ausencia de la misma, no cambia la auto percepción de calidad de vida, que tienen los adultos mayores quienes acuden a los centros gerontológicos en Patate y Guano; en ese sentido ante lo referido previamente, se puede indicar que lo observado posiblemente tenga relación con la frecuencia de incontinencia declarada, que es baja entre los participantes, ya que 145 (61,44%) adultos mayores no tienen incontinencia y 86 (36,44%) tienen incontinencia urinaria, 1 (0,42%) incontinencia fecal y 4 (1,69%) incontinencia doble, o que la sintomatología al no ser grave, no provoca aislamiento social, ya que catalogan su presencia como inevitable y producto del envejecimiento, lo que provoca que tampoco sea reportada; lo referido debe incentivar a todos los médicos de las diferentes especialidades y no solo a los geriatras, a indagar sobre este gran síndrome geriátrico en la consulta médica, ya que puede enmascarar la presencia de otras patologías y compromete la calidad de vida de los adultos mayores, como se reporta en los estudios citados previamente; premisa que no se observó en esta disertación, por lo que será importante a futuro realizar nuevos trabajos de investigación que esclarezcan éste fenómeno en nuestra población.

PATOLOGÍAS

Dentro de las enfermedades evaluadas en el estudio se citan: hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 2, parkinson, enfermedad cerebrovascular y artrosis, identificándose en la población estudiada que el 85,59% no presenta pluripatología.

En el estudio la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, quienes acuden a los centros de atención directa del MIES en Patate y Guano, sin patologías añadidas o con la presencia de alguna, no varía y fue calificada como buena en todas las modalidades de atención.

En el estudio de Zhang et al se analizaron un total de 311 pacientes, con un promedio de 71.19 ± 5.33 años, en el que señalaron que existe un círculo vicioso entre pluripatología y polifarmacia ya que el aumento de enfermedades crónicas, resulta en un mayor uso de fármacos, una disminución de la adherencia a la medicación y a su vez, la polifarmacia

aumenta el riesgo de eventos adversos por la interacción farmacológica, lo que contribuye a una disminución de la calidad de vida (Zhang, Meng, Qiu, Yang, & Sun, 2018).

Así mismo, en el estudio de Naveiro-Rilo en una muestra de 393 adultos mayores que presentaban pluripatología y tomaban más de 5 medicamentos, se reportó que éstas condiciones se asociaron a un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (Naveiro-Rilo et al., 2014).

En la revisión sistemática de Makovski de estudios transversales, realizados en entornos no hospitalarios y con una población de edad avanzada, con edad media entre 70 a 80 años, se relacionó la mala calidad de vida autopercebida, con la alta prevalencia de pluripatología en los adultos mayores, como principal consecuencia de presentar dos o más enfermedades (Makovski, Schmitz, Zeegers, Stranges, & van den Akker, 2019).

En el presente estudio, se encontró una frecuencia elevada de personas adultas mayores que declararon NO presentar ninguna enfermedad (n:100; 42,37%). Este factor podría incidir en la falta de relación entre declaración de enfermedad y calidad de vida percibida. Se debería indagar si la ausencia percibida de enfermedad se debe a que los participantes en realidad no tienen enfermedades, o estas están subdiagnosticadas. El MIES proporciona servicios sociales, mientras el MSP debe proporcionar los servicios de salud; en zonas rurales las prestaciones de salud están dadas por médicos recién graduados, siendo muy limitado el acceso a exámenes complementarios como laboratorio o gabinete.

EDAD

Se menciona en la literatura que a mayor edad, la calidad de vida se percibe como mala. En el estudio retrospectivo en Reino Unido, realizado por Cubi-Molla et al., la percepción de mala calidad de vida se vio influenciada por el grado de movilidad y la edad; es decir la funcionalidad del adulto mayor determinó la autopercepción de su calidad de vida, teniendo como resultado que a menor edad (promedio de estudio 68 años) mayor movilidad, lo que desencadena una mejor autopercepción en su calidad de vida, ya que a medida que avanza la edad, la movilidad disminuye y la calidad de vida empeora (Cubi-Molla, Shah, Garside, Herdman, & Devlin, 2019).

Contrario a lo reportado en este estudio, en el que la calidad de vida autopercibida no se ve afectada por la edad y tanto los adultos mayores de edad avanzada, ancianos y longevos indicaron tener una buena calidad de vida.

SEXO

En cuanto a la autopercepción de calidad de vida de las 152 (64,41%) mujeres y 84 (35,59%) hombres, no se evidenciaron diferencias y tanto mujeres como hombres que acuden a los centros de atención gerontológica perciben su calidad de vida como buena.

Sin embargo los hallazgos no se suman a la literatura, en la que se reporta que las mujeres manifiestan su calidad de vida más pobre que la de los hombres, teniendo como condicionante la salud física, a lo que hace referencia el estudio realizado por Yu et al., en el que se incluyeron 1179 adultos mayores, los hombres representaron el 52%, con una edad media de 73 años; las mujeres tuvieron menos edad y reportaron un índice de calidad de vida relacionada con la salud física, significativamente más bajo que los hombres, se consideraron como condiciones crónicas, la presencia de incontinencia urinaria, artritis, enfermedad cerebrovascular y la enfermedad renal (Yu et al., 2019).

Lo cual también fue reportado en el estudio de Tajvar et al., que midió la calidad de vida relacionada con la salud, en 400 adultos mayores iraníes de 65 años o más, en el que se observó que tenían una peor salud física, que estaba condicionada por su situación social ya que la mayoría vivían en condiciones de pobreza y escolaridad baja; las mujeres tenían significativamente una peor calidad de vida en comparación con los hombres (Tajvar, Arab, & Montazeri, 2008).

En cuanto a lo mencionado por este estudio, se debe indicar que los participantes de la investigación, se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza, que representa el 45% de la población adulta mayor.

Asimismo se citan como factores, para que las mujeres adultas mayores, tengan una autopercepción de calidad de vida más baja que la de los hombres, el tener un nivel educativo bajo, el sedentarismo y la obesidad (Guallar-Castillón, Redondo Sendino, Banegas, López-García, & Rodríguez-Artalejo, 2005). Variables que no fueron evaluadas en el presente

estudio, pero que deberían ser tomadas en cuenta, para futuras investigaciones en nuestro medio.

ESTADO CIVIL

En referencia a lo expuesto también se debe indicar que el estado civil de los adultos mayores, determina su calidad de vida y la literatura actual, ha identificado que el estado de viudez tiene un impacto negativo en la salud, así se reporta en el estudio transversal de Perkins et al, en el que se evaluaron 9.615 adultos de 60 años o más, de 7 estados en diversas regiones de la India, en el que sugirieron importantes diferencias de género, en cuanto a cómo la viudez se relaciona con angustia psicológica, hipertensión arterial y diabetes, reportándose que las mujeres que recién enviudaron y las mujeres viudas a largo plazo tenían más probabilidades de experimentar angustia psicológica, peor salud autoevaluada e hipertensión arterial; no así entre los hombres, en donde la situación varía y de manera general los hombres mantienen una mejor calidad de vida; sin embargo los hombres que recién enviudaron pueden ser susceptibles a factores de riesgo como diabetes, debido a que las mujeres se encargan de la preparación de alimentos, entonces se señala que la calidad marital en el hombre podría ser un mejor predictor de resultados de salud (Perkins et al., 2016).

Cabe mencionar entonces la posibilidad de que el estado civil de los adultos mayores ejerza un efecto protector en su calidad de vida, por cuanto se ha oído como adagio popular que “el matrimonio protege contra la soledad”. Y haciendo alusión a lo mencionado, se cita el estudio realizado por Gutiérrez et al., en México con 276 adultos mayores, entre 65 a 90 años, tomando en cuenta el estado civil de los participantes que fueron apilados, en cuatro grupos: casados, viudos, solteros y divorciados; reportándose que los adultos mayores solteros y divorciados, tienen un nivel de ingreso económico más bajo; mientras que los adultos mayores casados y viudos tienen un nivel de ingresos más alto; en cuanto a la salud mental y emocional, en relación con la calidad de vida, en los adultos mayores solteros y casados se reportó más alta, en comparación con los adultos mayores viudos y divorciados, ya que se reportó una mejor calidad de vida en mujeres y hombres casados, que en las personas que nunca se casaron, divorciaron o se separaron (Gutiérrez-Vega, Esparza-Del Villar, Carrillo-Saucedo, & Montañez-Alvarado, 2018).

En consecuencia, se puede decir que las personas casadas tienen más probabilidades de disfrutar una relación de apoyo y es menos probable que sientan soledad. En cambio quienes no tienen pareja, tienen menos probabilidad de compartir, sus pensamientos, emociones y experiencias cotidianas, lo que les hace tener sentimientos de tristeza, ansiedad y soledad lo que puede estar frecuentemente asociado a depresión (Han, Park, Kim, Kim, & Park, 2014).

Es por lo expuesto importante mencionar que aquellos adultos mayores que viven en compañía de sus familiares autoevalúan su calidad de vida como satisfactoria, contrario a los adultos mayores que viven solos y refieren experimentar un sentir de soledad debido también a un número reducido de contactos, ocurre predominantemente en las mujeres, ya que generalmente se casan con hombres mayores a ellas y viven más años que los hombres, además las mujeres viudas en su mayoría no se volvieron a casar (Chruściel et al., 2018).

Contrario a todo lo referido, en el grupo estudiado el no tener pareja representado por 134 (56,78%) adultos mayores (soltero, viudo y divorciado) y 102 (43,22%) que constituyen el tener pareja (casado y unión libre), no modifica la autopercepción de calidad de vida que tienen como resultado de su asistencia a los centros gerontológicos (Cuidado Diurno, Espacio de Socialización y Encuentro y atención Residencial), reportándose como buena calidad de vida.

Lo mismo sucede en relación a con quién vive el adulto mayor, ya que de 236 PAM, 51 (21,61%) viven solos y 185 (78,39%) acompañados ya sea por su pareja, hijos u otro familiar, quienes autoevaluaron su calidad de vida como buena.

Es decir que el acudir a los centros gerontológicos en donde las personas adultas mayores se integran a grupos en la comunidad, manteniendo una interacción y rol social, mitiga los efectos negativos en la calidad de vida, relacionados con la edad, sexo, estado civil, el vivir solo o acompañado, reportados en los estudios previamente citados.

A ésto se suma una percepción de un concepto actual, el mismo que no fue evaluado en la investigación, pero que tiene relación con la interacción social y por eso la importancia de mencionarlo denominado, significado de la vida (es decir sentido del significado y el propósito en la vida) que junto a la interacción social del adulto mayor, se relaciona significativamente con la calidad de vida; debido a que la interacción social es un mediador

para la relación entre discapacidad funcional y calidad de vida; y el significado de la vida es un mediador parcial de la interacción social y calidad de vida (Chui, 2018).

Por tanto el significado de la vida está relacionado con un sentido de responsabilidad de cada persona hacia el bienestar propio y la responsabilidad para servir a la sociedad y a otras personas sin ningún tipo de recompensa. Y la interacción social es una fuente de éste sentido, que ayuda a pacientes con enfermedades crónicas a encontrar un propósito nuevo de vida y establecer una meta de vida; ya que el tener una mayor participación en la familia, con amigos y en la comunidad, fortalece la predisposición en los adultos mayores para continuar viviendo y fomentar su sentido de propósito en la vida. En referencia a lo expuesto, se puede indicar que la interacción social, mejora la calidad de vida de los adultos mayores, sobre todo en quienes tienen enfermedades crónicas.

Y debido a que en los centros gerontológicos, se plantean como objetivos de cuidado: brindar atención integral, mejorar y/o mantener la capacidad funcional y mental de los usuarios hasta donde sea posible; establecer programas de nutrición de acuerdo a las necesidades de cada adulto mayor; y a parte de lo mencionado, en la modalidad de atención espacio de socialización y encuentro, se incita a la socialización y actividades de encuentro comunitario, que otorguen bienestar, inclusión familiar-social e incentivar a la familia junto al adulto mayor a que realicen actividades de fortalecimiento en el hogar (Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), 2018).

En este contexto se indica que al evaluar la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de atención directa del MIES en Patate y Guano, en las provincias de Tungurahua y Chimborazo, de manera indirecta también se evaluó la labor de éstos programas instaurados a nivel gubernamental; estableciéndose así según los resultados obtenidos en el estudio que la existencia de ésta intervención es positiva, ya que mitiga el impacto negativo reportado en otros estudios, que tiene el ser longevo, mujer, soltera/o, viuda/o, divorciada/o, vivir sola/o, presentar incontinencia, tener un ingreso económico bajo y padecer patologías; características que merman significativamente la funcionalidad, el estado cognitivo y por ende la calidad de vida en los adultos mayores; no obstante en los centros gerontológicos se establecen actividades que contribuyen con el papel del significado de la vida, incentivan a realizar actividad física y mantener una constante interacción social y familiar, elementos que son muy importantes, ya que se asocian con una mayor capacidad

funcional y mejor calidad de vida, lo que se manifestó en los resultados obtenidos en la investigación, en la que se reportó que los usuarios de centros diurnos tienen una buena calidad de vida, mientras que en los espacios de socialización y encuentro tienen una buena a muy buena calidad de vida y en los centros de atención residencial la calidad de vida es media baja; lo que determina ésta diferencia, es que los usuarios de espacios de socialización y encuentro, mantienen una interacción social, son independientes para actividades instrumentales de la vida diaria y no toman medicamentos o toman menos de tres fármacos.

Para finalizar se indica que los resultados son de importancia práctica, ya que se ha demostrado que la inactividad incluye, costos de atención médica, pérdida de productividad y una vida adaptada a años con discapacidad, por eso a nivel mundial se está alentando a las personas a mantenerse activos físicamente, preservando así la funcionalidad en el adulto mayor, evitando que pierda su autonomía para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; ya que el conocer la funcionalidad de los adultos mayores, con cada una de las escalas de medición y relacionarlas con la calidad de vida, debe ser el precedente de cualquier plan de acción o política a seguir. Estableciéndose con el estudio, que es posible mejorar la atención en los centros gerontológicos para que la calidad de vida de los usuarios llegue a ser excelente; sin embargo se enfatiza que los programas vigentes en la actualidad contribuyen a preservar y en algunos casos incluso a mejorar la capacidad funcionalidad, manteniendo una constante interacción social, lo que contribuye a una mejor calidad de vida; más aún cuando previamente se reportó en un estudio que la mayoría de los adultos mayores del Guayas, prefieren los espacios y oportunidades de integración social, lo que también se evidencia en los adultos mayores de Patate y Guano que acuden a los centros gerontológicos en la modalidad de atención, espacio de socialización y encuentro.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

6.1 Conclusiones

Toda vez que ha finalizado el trabajo de investigación y acorde a los objetivos planteados se concluye que:

1. La calidad de vida de las PAM que reciben servicios de cuidado en los centros gerontológicos de atención directa del MIES en Patate y Guano, fue calificada como **buena**; los adultos mayores que acuden a los espacios de socialización y encuentro y que son independientes para actividades instrumentales de la vida diaria, consideran su calidad de vida como muy buena; mientras que los adultos mayores que acuden a los espacios de socialización y encuentro y que no toman medicamentos o toman menos de tres fármacos estiman su calidad de vida como buena a muy buena.
2. Las características sociodemográficas de la población de estudio, en su mayoría se encontraron en el rango de edad de 75 a 84 años, la mayor parte fueron mujeres casadas, que viven con su pareja. En cuanto a las características de salud de las PAM que participaron en la investigación, se estableció que la mayoría no reportó patología, polifarmacia y tampoco incontinencia.
3. En cuanto a la funcionalidad de las PAM, que intervinieron en el estudio, se concluye que la autonomía para ABVD no modifica la autopercepción de calidad de vida, mientras que el ser independiente para AIVD si modifica esta relación, percibiendo así una muy buena calidad de vida; en lo que respecta al estado cognitivo, el presentar o no deterioro cognitivo hace que las personas adultas mayores refieran su calidad de vida como buena.

6.2 Recomendaciones

1. Los programas gubernamentales de atención al adulto mayor, en sus distintas modalidades, deben consentir el ingreso de las PAM que cumplan con los criterios establecidos para cada modalidad de atención, ya que se evidenció que los centros gerontológicos no cumplen con las características instauradas y se encuentran PAM con independencia funcional haciendo uso de la modalidad de atención de centro diurno y residencial.
2. Fomentar la participación de las personas adultas mayores, en los programas de atención para el adulto mayor, desarrollados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social ya que se evidencia que ésta intervención mitiga el efecto de ser dependiente para ABVD, presentar deterioro cognitivo de leve a moderado, ser longevo, mujer, soltera/o, viuda/o, divorciada/o, vivir sola/o, tener polifarmacia e incontinencia, padecer patologías; logrando de esta manera que el adulto mayor, que en realidad necesita estos servicios haga uso de los mismos y perciba su calidad de vida como excelente.
3. Adaptar y validar una encuesta que se ajuste a las necesidades en nuestro medio, para evaluar la calidad de vida del adulto mayor.
4. Identificar y notificar la presencia de síndromes geriátricos como la polifarmacia y la incontinencia en la población adulta mayor, por parte de los diferentes especialistas médicos, para un abordaje oportuno por parte del médico geriatra, evitando así que interfieran con la calidad de vida en este grupo etario de la población.

6.3 Limitaciones

1. El acceso a los diferentes centros gerontológicos de Patate y Guano, fue limitado ya que muchos de los centros de socialización y encuentro, se encuentran en comunidades alejadas de los cantones mencionados y no cuentan con un sistema de transporte.
2. La escasa comprensión de los 57 ítems de la encuesta FUMAT, por parte de las PAM de nuestra población de estudio, lo que dificultó su respuesta y se empleó mayor tiempo del programado para su realización.
3. La mayor parte de estudios encontrados y citados de las fuentes bibliográficas, reportan la evaluación de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los adultos mayores, usando la encuesta SF-36, por lo que en su mayoría no se pudo comparar con la aplicación de la encuesta FUMAT.

BIBLIOGRAFÍA

- 2015 White House Conference on Aging (WHCoA). (s. f.). Recuperado 30 de marzo de 2020, de <https://www.apa.org/pi/aging/resources/newsletter/2014/11/white-house-conference>
- abJ.Díez-ManglanocD.Nieto-MartínabN.Ramírez-. (2019). Simplificación de la escala de Barthel para el cribado de fragilidad y dependencia severa en pacientes pluripatológicos. *Revista Clínica Española*, 219(8), 433-439. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.04.005>
- Adela Herrera, P., & Andrés Guzmán, H. (2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 65-76. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70275-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70275-4)
- Alvis, N., & Valenzuela, M. T. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Rev Med Chile*, 138(2), 5. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138s2/art05.pdf>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Resumen de políticas del BID, IDB-PB-273(1)*, 96. Recuperado de (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>)
- Blanco-Reina, E., Valdellós, J., Ocaña-Riola, R., García-Merino, M. R., Aguilar-Cano, L., Ariza-Zafra, G., & Bellido-Estévez, I. (2019). Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling Older Adults: A Multinomial Logistic Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 8(11), 1810. <https://doi.org/10.3390/jcm8111810>
- Boggatz, T. (2020). *Quality of life and person-centered care for older people*. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/978-3-030-29990-3>
- Bustamante, M. A., Lapo, M. del C., Torres, J. D., & Camino, S. M. (2017). Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 28(5), 165-176. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642017000500017>
- Camarelles, P. (2020, febrero 10). Salud y Prevención PAPPS: Esperanza de vida libre de carga de enfermedad y estilos de vida. Recuperado 7 de junio de 2020, de Salud y Prevención PAPPS website: <http://educacionpapps.blogspot.com/2020/02/esperanza-de-vida-libre-de-carga-de.html>

- Castro, L., Vallejos, V., Casas, J. A., Cerda, G., Sánchez, S., & Zuñiga, D. (2017). Adaptación de la Escala Integral de Calidad de Vida en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en población chilena. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 35(3), 8. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v35n3/0716-6184-terpsicol-35-03-0231.pdf>
- CepymeNews. (2020, enero 22). Pirámide de Maslow: Qué es y qué debemos aprender de ella [Text]. Recuperado 19 de abril de 2020, de CepymeNews website: <https://cepymenews.es/piramide-maslow-debemos-aprender-2/>
- Chruściel, P., Szczekala, K., Derewiecki, T., Jakubowska, K., Nalepa, D., Czekirda, M., ... Czarkowska, M. (2018). Differences in the quality of life dependent on family status of the elderly living in rural areas – a cross-sectional survey. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(3), 532-538. <https://doi.org/10.26444/aaem/93501>
- Chui, R. C.-F. (2018). The Role of Meaning in Life for the Quality of Life of Community-Dwelling Chinese Elders With Low Socioeconomic Status. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4, 233372141877414. <https://doi.org/10.1177/2333721418774147>
- Cohan, J. N., Chou, A. B., & Varma, M. G. (2015). Faecal incontinence in men referred for specialty care: A cross-sectional study. *Colorectal Disease*, 17(9), 802-809. <https://doi.org/10.1111/codi.12943>
- Coll, P. P. (2019). *Healthy Aging: A Complete Guide to Clinical Management* (Patrick P. Coll). Recuperado de <https://doi.org/10.1007/978-3-030-06200-2>
- Corpus, B. C., & Linda, Y. (s. f.). *CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE BARRANCA, 2019*. 76.
- Cubi-Molla, P., Shah, K., Garside, J., Herdman, M., & Devlin, N. (2019). A note on the relationship between age and health-related quality of life assessment. *Quality of Life Research*, 28(5), 1201-1205. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2071-5>
- Cuenca-Amigo, M. (2016). La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. *Revista de Psicología del Deporte*, 25, 7. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235149102013.pdf>
- Daza, A., & Cindy, V. (2015). CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 13(2), 152-182. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- De Lira, C. A. B., Taveira, H. V., Rufo-Tavares, W., Amorim, A. dos S., Ferreira, L. M. C., Andrade, M. S., & Vancini, R. L. (2018). Engagement in a Community Physical Activity Program and Its Effects Upon the Health-Related Quality of Life of Elderly People: A Cross-Sectional Study. *Value in Health Regional Issues*, 17, 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.10.002>
- Dobronsky, J. M. (s. f.). *Análisis de la Sostenibilidad del Seguro de Salud y el Seguro de Pensiones del IESS, ante los acontecimientos económicos y normativos durante el período (2010-2016)*. 85.
- El envejecimiento poblacional presiona al sistema de pensiones. (s. f.). Recuperado 8 de marzo de 2020, de Primicias website: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/envejecimiento-poblacional-presion-sistema-pensiones/>
- Envejecimiento y cambios demográficos. (2019). Recuperado 7 de junio de 2020, de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=envejecimiento-y-cambios-demograficos
- Escobar Bravo, M. Á., Puga González, M. ^a D., & Martín Baranera, M. (2012). Análisis de la esperanza de vida libre de discapacidad a lo largo de la biografía: De la madurez a la vejez. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 330-335. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.016>
- Fernández, S. S., & Avilés, A. G. P. (2009). *Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida*. 12.
- Fhon, J. R. S., Benito, J. R. C., Fabricio-Wehbe, S. C. C., Bolina, A. F., & Rodrigues, R. A. P. (2015). Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 12(78 (Septiembre-Octubre)), 4. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6266597>
- Forjaz, M. J. (2016). *Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas*. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4708>
- Franzén, E., Johansson, H., Freidle, M., Ekman, U., Wallén, M. B., Schalling, E., ... Hagströmer, M. (2019). The EXPANd trial: Effects of exercise and exploring neuroplastic changes in people with Parkinson's disease: a study protocol for a double-blinded randomized controlled trial. *BMC Neurology*, 19(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12883-019-1520-2>

- Galiana, J., & Haseltine, D. W. A. (2019). Demographics. En *Aging Well: Solutions to the Most Pressing Global Challenges of Aging [Internet]*. https://doi.org/10.1007/978-981-13-2164-1_1
- García, C. L. V. (2016). Adulto mayor: Desde una vejez “biológica-social” hacia un “nuevo” envejecimiento productivo. *Maskana*, 7(2), 29-41. <https://doi.org/10.18537/mskn.07.02.03>
- Gonzalez, V. H., Sabando-Vera, D., Amaya, C., & Noboa, J. (2018). Propuesta de sustentabilidad para el fondo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). *Revista ESPACIOS*, 39(07). Recuperado de <https://www.revistaespacios.com/a18v39n07/18390708.html>
- González-Montalvo, J. I., Ramírez-Martín, R., Menéndez Colino, R., Alarcón, T., Tarazona-Santabalbina, F. J., Martínez-Velilla, N., ... Martín-Sánchez, F. J. (2020). Geriatria transversal. Un reto asistencial para el siglo xxi. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(2), 84-97. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.10.011>
- Griebing, T. (2013). Re: The Severity of Urinary Incontinence Decreases Health-Related Quality of Life among Community-Dwelling Elderly. *Journal of Urology*, 190(3), 975-975. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.06.001>
- Guano, C., & SENPLADES. (2014). *FICHA DE CIFRAS GENERALES CANTÓN. 5*. Recuperado de http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/FICHAS%20F/0607_GUANO_CHIMBORAZO.pdf
- Guerrero, J. E. G., Niquinga, C. O. Z., Andrade, J. F. O., Ortiz, M. V., Páez, C. R. M., Cordero, R. E. P., ... Veloz, G. H. A. (2006). *BYRON ANTONIO VILLACÍS CRUZ*. 28.
- Guallar-Castillón, P., Redondo Sendino, Á., Banegas, J. R., López-García, E., & Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1229-1240. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.07.003>
- Gutiérrez-Vega, M., Esparza-Del Villar, O. A., Carrillo-Saucedo, I. C., & Montañez-Alvarado, P. (2018). The Possible Protective Effect of Marital Status in Quality of Life Among Elders in a U.S.-Mexico Border City. *Community Mental Health Journal*, 54(4), 480-484. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0166-z>
- Han, K.-T., Park, E.-C., Kim, J.-H., Kim, S. J., & Park, S. (2014). Is marital status associated with quality of life? *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0109-0>

- Healthy aging: The ultimate preventative medicine | Science. (s. f.). Recuperado 30 de marzo de 2020, de <https://science.sciencemag.org/content/350/6265/1191/tab-pdf>
- Huenchuan Navarro, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos* (1.^a ed., Vol. 1). Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
- Kabboord, A. D., Godfrey, D., Gordon, A. L., Gladman, J. R. F., Van Eijk, M., van Balen, R., & Achterberg, W. P. (2020). The modified functional comorbidity index performed better than the Charlson index and original functional comorbidity index in predicting functional outcome in geriatric rehabilitation: A prospective observational study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1498-z>
- Kim, D. H., Bang, E., Jung, H. J., Noh, S. G., Yu, B. P., Choi, Y. J., & Chung, H. Y. (2020). Anti-aging Effects of Calorie Restriction (CR) and CR Mimetics based on the Senoinflammation Concept. *Nutrients*, 12(2). <https://doi.org/10.3390/nu12020422>
- Krhut, J., Gärtner, M., Mokris, J., Horcicka, L., Svabik, K., Zachoval, R., ... Zvara, P. (2018). Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. *Neurourology and Urodynamics*, 37(6), 1925-1930. <https://doi.org/10.1002/nau.23568>
- Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K. del C., Campo Torregroza, E., Martín Carbonell, M. de la C., Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K. del C., ... Martín Carbonell, M. de la C. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Makovski, T. T., Schmitz, S., Zeegers, M. P., Stranges, S., & van den Akker, M. (2019). Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 53, 100903. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005>
- Marchionni, S., Sell, C., & Lorenzini, A. (2020). Development and Longevity: Cellular and Molecular Determinants – A Mini-Review. *Gerontology*, 1(1), 1-8. <https://doi.org/10.1159/000505327>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14-25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>
- Meyer, I., Blanchard, C. T., Markland, A. D., Gibson, E. G., & Richter, H. E. (2019). Fecal Incontinence Symptoms and Impact in Older Versus Younger Women Seeking Care:

- Diseases of the Colon & Rectum*, 62(6), 733-738.
<https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001353>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). (2018). *Norma técnica para la implementación y prestación de servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores* (Primera Edición). Recuperado de www.inclusion.gob.ec
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2015, diciembre). Dirección Población Adulta Mayor – Ministerio de Inclusión Económica y Social. Recuperado 24 de mayo de 2020, de <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Mundo, R. B. (2015, septiembre 10). Los mejores y peores países para envejecer en América Latina. Recuperado 24 de mayo de 2020, de BBC News Mundo website: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150909_panama_mejor_pais_para_envejecer_bm
- Naveiro-Rilo, J. C., Díez-Juárez, D., Flores-Zurutuza, M. L., Javierre Pérez, P., Alberte Pérez, C., & Molina Mazo, R. (2014). La calidad de vida en ancianos polimedicados con multimorbilidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49(4), 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.10.004>
- Noriega, C., Velasco, C., Pérez-Rojo, G., Carretero, I., & Chulián, A. (2017). *Calidad de Vida, Bienestar Psicológico y Valores en Personas Mayores*. 14.
- Olivi, A., Fadda-Cori, G., & Pizzi-Kirschbaum, M. (2015). *Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso*. (84), 23.
- Onunkwor, O. F., Al-Dubai, S. A. R., George, P. P., Arokiasamy, J., Yadav, H., Barua, A., & Shuaibu, H. O. (2016). A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0408-8>
- OPS. (2019, diciembre). Salud del adulto mayor. Recuperado 7 de junio de 2020, de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor
- Organización Mundial de la Salud. (2015). WHO | World report on ageing and health 2015. Recuperado 30 de marzo de 2020, de OMS website: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Envejecimiento y cambios demográficos. Recuperado 24 de mayo de 2020, de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=envejecimiento-y-cambios-demograficos
- Organización Panamericana de la Salud. (2018, febrero 20). OPS Mortalidad. Recuperado 25 de mayo de 2020, de <https://hiss.paho.org/pahosys/sen.php>

- Paiva, M. H. P. de, Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., Santos, Á. da S., Paiva, M. H. P. de, Pegorari, M. S., ... Santos, Á. da S. (2016). Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3347-3356. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.14822015>
- Paredes Arturo, Y. V., Yarce Pinzón, E., & Aguirre Acevedo, D. C. (2018). Funcionalidade e fatores associados em idosos de San Juan de Pasto, na Colômbia. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(1), 114. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
- Peña, D. M. (2014). *REPRESENTACIÓN OPS/OMS – ECUADOR*. (32), 101.
- Perkins, J. M., Lee, H., James, K. S., Oh, J., Krishna, A., Heo, J., ... Subramanian, S. V. (2016). Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: A cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*, 16(1), 1032. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3682-9>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Registro oficial suplemento 484, P. (2019, mayo 9). Suplemento al Registro Oficial No. 484 [SRO484_20190509 LEY ADULTO .indd]. Recuperado 6 de junio de 2020, de Registro oficial website: <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/11628-suplemento-al-registro-oficial-no-484>
- Rodríguez, R. G., & García, J. C. (2018a). *Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores*. 8.
- Rodríguez, R. G., & García, J. C. (2018b). *Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores*. 8.
- Salgado de Snyder, V. N., & Wong, R. (Eds.). (2003). *Envejeciendo en la pobreza: Género, salud y calidad de vida* (1a. ed). Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sánchez, J. (2015). Sistemas de protección social para adultos mayores en América Latina: Agenda pendiente en el sistema de pensiones en Ecuador. *Revista Economía*, 67(106), 121-143. <https://doi.org/10.29166/economia.v67i106.2013>
- Scocco, P., & Nassuato, M. (2017). The role of social relationships among elderly community-dwelling and nursing-home residents: Findings from a quality of life

- study: QOL and social relationships among the elderly. *Psychogeriatrics*, 17(4), 231-237. <https://doi.org/10.1111/psyg.12219>
- Sims, J., Browning, C., Lundgren-Lindquist, B., & Kendig, H. (2011). Urinary incontinence in a community sample of older adults: Prevalence and impact on quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 33(15-16), 1389-1398. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.532284>
- Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8(1), 323. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-323>
- Talarska, D., Tobis, S., Kotkowiak, M., Strugała, M., Stanisławska, J., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 24, 1604-1613. <https://doi.org/10.12659/MSM.907032>
- Tegegn, H. G., Erku, D. A., Sebsibe, G., Gizaw, B., Seifu, D., Tigabe, M., ... Ayele, A. A. (2019). Medication-related quality of life among Ethiopian elderly patients with polypharmacy: A cross-sectional study in an Ethiopia university hospital. *PLOS ONE*, 14(3), e0214191. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214191>
- Tornero-Quiñones, I., Sáez-Padilla, J., Espina Díaz, A., Abad Robles, M. T., & Sierra Robles, Á. (2020). Functional Ability, Frailty and Risk of Falls in the Elderly: Relations with Autonomy in Daily Living. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1006. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031006>
- Tsoukalas, D., Fragkiadaki, P., Docea, A. O., Alegakis, A. K., Sarandi, E., Vakonaki, E., ... Calina, D. (2019). Association of nutraceutical supplements with longer telomere length. *International Journal of Molecular Medicine*, 44(1), 218-226. <https://doi.org/10.3892/ijmm.2019.4191>
- United Nations, & Economic Commission for Latin America and the Caribbean. (2017). *Tablas de mortalidad = Life tables*. (CEPAL). Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42361/1/S1700661_mu.pdf
- Urtamo, A., Jyväkorpi, S. K., & Strandberg, T. E. (2019). Definitions of successful ageing: A brief review of a multidimensional concept. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 90(2), 359-363. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i2.8376>
- Valdez, T., & Ferreira, B. M. R. (2012). *EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y SU IMPACTO SOCIO-FAMILIAR*. 4, 20.

- Verdoorn, S., Kwint, H.-F., Blom, J. W., Gussekloo, J., & Bouvy, M. L. (2019). Effects of a clinical medication review focused on personal goals, quality of life, and health problems in older persons with polypharmacy: A randomised controlled trial (DREAMeR-study). *PLoS Medicine*, *16*(5), e1002798. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002798>
- Verdugo Alonso, M. A., Gómez Sánchez, L. E., Arias Martínez, B., & Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala Fumat*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.
- Vicente, F. R., & Santos, S. M. A. dos. (2013). Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *22*(2), 370-378. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200013>
- Yu, T., Enkh-Amgalan, N., Zorigt, G., Hsu, Y.-J., Chen, H.-J., & Yang, H.-Y. (2019). Gender differences and burden of chronic conditions: Impact on quality of life among the elderly in Taiwan. *Aging Clinical and Experimental Research*, *31*(11), 1625-1633. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1099-2>
- Zhang, S., Meng, L., Qiu, F., Yang, J., & Sun, S. (2018). Medication-related risk factors associated with health-related quality of life among community-dwelling elderly in China. *Patient Preference and Adherence*, *Volume 12*, 529-537. <https://doi.org/10.2147/PPA.S156713>