

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

**CARRERA:
PSICOLOGIA**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: PSICÓLOGA

**TEMA:
ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO DE ADULTOS MAYORES
DEL BARRIO DE SAN VICENTE DE YARUQUI EN EL PERÍODO MAYO 2015-
AGOSTO 2015**

**AUTORA:
EVITA ROSARIO GOMEZ VICUÑA**

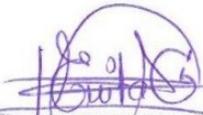
**TUTORA:
ELSYE DALILA DE LAS MERCEDES HEREDIA CALDERON**

Quito, abril del 2016

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORA

Yo Evita Rosario Gómez Vicuña, con documento de identificación N° 1600373193, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora del trabajo de titulación intitulado: **ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DEL BARRIO DE SAN VICENTE DE YARUQUI EN EL PERÍODO MAYO 2015- AGOSTO 2015**, mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: **PSICÓLOGA**, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

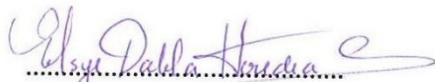
En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.


.....
Nombre: Evita Rosario Gómez Vicuña
Cédula: 1600373193
Fecha: Abril 2016

DECLARATORIA DE COAUTORÍA DE LA DOCENTE TUTORA

Yo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de titulación, **ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DEL BARRIO DE SAN VICENTE DE YARUQUI EN EL PERÍODO MAYO 2015-AGOSTO 2015** realizado por **Evita Rosario Gómez Vicuña**, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, Abril de 2016



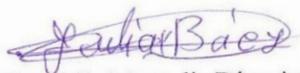
.....
Elsye Dalila de las Mercedes Heredia Calderon
1703976033

CERTIFICADO

Quito, 21 de Diciembre del 2015

A quien corresponda:

El grupo de adultos mayores de San Vicente de Yaruquí, certifica que, la señora Evita Rosario Gómez Vicuña con cédula de ciudadanía 160037319-3, alumna de la Universidad Politécnica Salesiana de la carrera de Psicología, realizó la investigación "Funciones cognitivas, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento en el barrio San Vicente de la Parroquia Yaruquí en el período Junio-Agosto del 2015." Y se autoriza hacer uso de la información obtenida en la investigación, respetando los términos de confidencialidad acordados en los consentimientos informados individuales firmados por los participantes.



Sra. Julia Magnelia Báez Arias

Presidenta

CI: 170375387-9

Índice

Introducción	1
1. Planteamiento del problema.....	3
2. Justificación y relevancia.....	9
3. Objetivos	10
4. Marco conceptual.....	12
5. Variables	28
6. Hipótesis	29
7. Marco metodológico	30
7.1 Perspectiva metodológica	30
7.2 Diseño de investigación	30
7.3 Tipo de Investigación.....	31
7.4 Instrumentos y técnicas de producción de datos	31
7.4.1 Ficha Sociodemográfica.....	32
7.4.2 CUBRECAVI (Cuestionario Breve de Calidad de Vida).	32
7.4.3 Notas de Campo.....	35
7.4.4 Consideraciones éticas	35
7.5 Plan de análisis.....	35
8. Población y muestra.....	38
9. Descripción de los datos producidos.....	41
10. Presentación de los datos producidos.....	43
10.1 Puntuaciones por componente de la calidad de vida.....	58
11. Análisis de los resultados.....	67
11.1 Salud	68
11.2 Integración Social	69
11.3 Habilidades Funcionales	69
11.4 Actividad y Ocio	70
11.5 Calidad Ambiental	70
11.6 Satisfacción con la Vida.....	71
11.7 Educación.....	71
11.8 Ingresos	71
11.9 Servicios Sociales y Sanitarios	72
11.10 Importancia de los componentes de la calidad de vida	73
11.10.1 Autovaloración de la Calidad de Vida.	74

11.11 Comparación de los resultados del presente estudio con el baremo CUBRECAVI (basado en población española)	74
12. Interpretación de los resultados obtenidos	76
12.1 Salud	76
12.3 Habilidades Funcionales	77
12.4 Actividad y Ocio	78
12.5 Calidad Ambiental	79
12.6 Satisfacción con la Vida.....	80
12.7 Educación.....	80
12.8 Ingresos	80
12.9 Servicios Sociales y Sanitarios	81
12.10 Importancia de los componentes de la calidad de vida	81
12.10.1 Autovaloración de la Calidad de Vida	82
13. Presupuesto	84
Conclusiones	85
Referencias.....	90

Índice de Tablas

Tabla: MC1. <i>Criterios, factores o componentes alrededor del constructo Calidad de Vida</i>	19
Tabla: MC2. <i>Investigaciones realizadas en Latinoamérica y otras regiones sobre calidad de vida en el adulto mayor</i>	21
Tabla V1. <i>Variables</i>	28
Tabla M1. <i>Puntos de corte (cutoffs) usados como complemento a la metodología de interpretación de resultados CUBRECAVI</i>	35
Tabla C1. <i>Cronograma de trabajo</i>	40
Tabla A1. <i>Población que integró la muestra. Mayo-agosto 2015</i>	41
Tabla A2. <i>Caracterización de la población según ficha sociodemográfica utilizada en el estudio. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	42
Tabla A3. <i>Perfil encuesta CUBRECAVI, población adulta mayor. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	43
Tabla A4. <i>Importancia de los componentes de la calidad de vida para la población adulta mayor en orden de valoración. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	45
Tabla A5. <i>Perfil CUBRECAVI. Población adulta mayor distribuida por género. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	46
Tabla A6. <i>Importancia de los componentes de la calidad de vida para la población adulta mayor distribuida por género, en orden de valoración. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	48
Tabla A7. <i>Perfil CUBRECAVI. Población adulta mayor distribuida por rango de edad. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	49
Tabla A8. <i>Importancia de los componentes de la calidad de vida para la población adulta mayor distribuida por rango de edad. Yaruquí, en orden de valoración. Mayo-agosto 2015</i>	51
Tabla A9. <i>Perfil CUBRECAVI. Población adulta mayor distribuida por nivel educativo. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	53
Tabla A10. <i>Importancia de los componentes de la calidad de vida para la población adulta mayor distribuida por nivel educativo, en orden de valoración. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	56
Tabla A11. <i>SALUD. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	58
Tabla A12. <i>INTEGRACIÓN SOCIAL. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	59
Tabla A13. <i>HABILIDADES FUNCIONALES. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	59
Tabla A14. <i>ACTIVIDAD Y OCIO. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	60
Tabla A15. <i>CALIDAD AMBIENTAL. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	60
Tabla A16. <i>SATISFACCIÓN CON LA VIDA. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	61
Tabla A17. <i>EDUCACIÓN. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015</i>	61

Tabla A18. <i>INGRESOS. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.</i>	62
Tabla A19. <i>Diferencias entre los resultados de la muestra y población de referencia CUBRECAVI. Yaruquí. Mayo-agosto 2015, versus baremo normativo encuentra CUBRECAVI.</i>	63
Tabla P1. <i>Presupuesto</i>	84

Índice de Figuras

Figura M1. Componentes y subcomponentes CUBRECAVI.....	33
Figura A1. Frecuencia de uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor	44
Figura A2. Satisfacción con el uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor	44
Figura A3. Autovaloración de la calidad de vida. Población adulta mayor.....	45
Figura A4. Frecuencia de uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor distribuida por género	47
Figura A5. Satisfacción con el uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor distribuida por género	47
Figura A6. Autovaloración de la calidad de vida. Población adulta mayor distribuida por género	48
Figura A7. Frecuencia de uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor distribuida por rango de edad.....	50
Figura A8. Satisfacción con el uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor distribuida por rango de edad.....	50
Figura A9. Autovaloración de la calidad de vida. Población adulta mayor distribuida por rango de edad	52
Figura A10. Uso de servicios sociales y sanitarios. Población distribuida por nivel educativo ..	54
Figura A11. Satisfacción con el uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor distribuida por nivel educativo	55
Figura A12. Autovaloración de la calidad de vida. Población adulta mayor distribuida por nivel educativo	57

Índice de Anexos

Anexo 1: Enfermedades Crónicas población Adulta Mayor de San Vicente de Yaruquí.....	95
Anexo 2: Figura A. Satisfacción general con la vivienda. Población adulta mayor distribuida por género.....	96
Anexo 3: Figura B. Satisfacción con el mobiliario. Población adulta mayor distribuida por género.....	96
Anexo 4: Figura C. Satisfacción con los electrodomésticos. Población distribuida por género..	97

Resumen

El objetivo del estudio fue establecer con un enfoque multidimensional, el nivel de calidad de vida de personas adultas mayores (edad igual o mayor a 60 años), que viven en la parroquia rural de Yaruquí (Pichincha, Ecuador). Para el efecto, durante los meses de mayo a agosto del 2015 se aplicaron por entrevista directa dos cuestionarios: CUBRECAVI y ficha sociodemográfica. La muestra integró a 30 personas de ambos sexos con una edad promedio de 75.04 años y que cumplieron con los requisitos de inclusión. Se investigaron 10 componentes de la calidad de vida, 8 componentes principales: salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos mensuales, y 2 componentes adicionales: servicios sociales y sanitarios e importancia de los componentes de la calidad de vida. Resultados: Los componentes educación, ingresos económicos y calidad ambiental disminuyen la calidad de vida, en tanto que los componentes que aportaron positivamente fueron habilidades funcionales e integración social.

Palabras clave

Calidad de vida, envejecimiento, adultos mayores, psicología del desarrollo.

Abstract

The aim of this study was to establish, with a multidimensional approach, the state of the quality of life of elderly persons (age \geq 60 years), who live in the rural parish of Yaruquí (Pichincha, Ecuador). From May to August, 2015 they were applied by direct interview two questionnaires: CUBRECAVI and a sociodemographic form. The sample was composed by 30 persons, of both sexes with an average age of 75.04 years and they fulfilled the inclusion criteria. There were investigated, 10 components of the quality of life (QoL), 8 major: health, social integration, functional skills, activity and leisure, environmental quality (home conditions), satisfaction with life, education, monthly income, and 2 complementary: use of social and health services and the importance of the components of the quality of life. Results: Education level, economic income and environmental quality, diminish the QoL, while factors that improve positively QoL, were: functional skills and social integration.

Palabras clave

Quality of life, elderly, older adult, life-span, developmental psychology.

Introducción

La presente investigación tuvo por objetivo establecer el nivel de la calidad de vida de población adultos mayor (edad \geq 60 años). Se seleccionó este grupo poblacional en particular, por su importancia en los ámbitos de la psicología, sociología, salud, economía y política, así como por la trascendencia de sus necesidades y problemática particulares que invitan al estudio de la calidad vida como indicador del estado de los procesos de envejecimiento y del resultado de las intervenciones dirigidas a dicha población.

Se aborda la investigación desde el enfoque multidimensional del envejecimiento activo, en busca de información en clave de los distintos componentes que conforman la calidad de vida.

Con la aplicación del cuestionario CUBRECAVI (Cuestionario Breve de Calidad de Vida) y de una ficha sociodemográfica elaborada específicamente para el estudio, más el registro de vivencias y expresiones de la población, en la forma de notas de campo, fue posible investigar 10 componentes de la calidad de vida, 8 componentes centrales o principales: salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos mensuales, y 2 componentes complementarios: servicios sociales y sanitarios e importancia de los componentes de la calidad de vida.

Posteriormente se presenta el análisis e interpretación de resultados por cada componente y también una vista combinada de aquellos para toda la muestra. Un aporte destacado de la investigación, fue la comparación de los resultados obtenidos en Yaruquí

con los obtenidos en población española y usados como baremo normativo de CUBRECAVI.

A continuación, se estableció la situación actual de calidad de vida de la población adulta mayor, determinando los componentes que, al momento del estudio, favorecen o mejoran su calidad de vida, así como aquellos que la disminuyen o comprometen.

Finalmente se presenta un conjunto de recomendaciones con base en los resultados obtenidos, enfocadas en el planteamiento de intervenciones desde distintas disciplinas y de la participación de instituciones estatales.

1. Planteamiento del problema

La presente investigación se realiza como parte del estudio “Investigación desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento”.

Según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el número de personas con 60 años o más en todo el mundo (adultos mayores), se ha duplicado desde 1980 y prevé que esta población alcance los 2000 millones en 2050 (United Nations, 2013). Esta tendencia provoca la inversión de la pirámide poblacional global. Involucra a la vez, el incremento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad, que por una parte explican la inversión y por otra, la elevación de la edad promedio global. Es posible afirmar, que el envejecimiento poblacional es mundial, pero no homogéneo; ha sido notable en Europa y Japón, pero paulatino, aunque firme en otras regiones del globo, salvo África (United Nations, 2015).

El envejecimiento de la población mundial, es a la vez una victoria y uno de los más complejos retos que enfrenta la humanidad. En respuesta, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), plantea al -envejecimiento activo- (“active aging”)¹ como un modelo que busca mejorar la calidad de vida de las personas conforme envejecen.

Esto se posible, incrementando las oportunidades en los ámbitos de la salud,

¹ El -envejecimiento activo- se fundamenta en la -psicología del desarrollo a lo largo del ciclo vital- (“lifespan psychology”). Para esta corriente, el desarrollo es un proceso que abarca la totalidad del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte, por tanto, la vejez es una etapa evolutiva más, que involucra ganancia y no únicamente detrimento, plantea además la posibilidad de regular las pérdidas que indudablemente acompañan esta etapa. (Pinazo, et al. 2005); (Conde-Sala JL., 2007).

participación y seguridad. En este contexto, -activo-, expresa el involucramiento constante y durante toda la vida de una persona, en asuntos sociales, económicos, culturales, también espirituales y cívicos, más allá de únicamente enfocarse en mantener su capacidad física o laboral. Dentro de este modelo, el término salud sigue la tradición de la OMS, contemplando, los ámbitos físico, mental y social. En este orden de ideas, el adulto mayor, podrá continuar aportando a nivel familiar, comunitario o nacional, independientemente de encontrarse enfermo, con discapacidad o de haberse retirado de la vida laboral. (WHO, 2002).

El objetivo central en el marco del envejecimiento activo (EA), es mejorar-garantizar la calidad de vida del adulto mayor, (WHO, 2002). Ahora bien, calidad de vida (CV), es un constructo complejo, multidimensional, que viene siendo estudiado desde diferentes disciplinas, pero que, además, clásicamente ha resultado difícil definir y en consecuencia evaluar.

Por una parte, se puede abordar este problema, directamente desde su medición y en términos de utilidad, es decir con enfoque en la satisfacción de necesidades individuales (ej. ingresos o vivienda). También es posible aplicar un enfoque basado en las capacidades del individuo (ej. libertad de elegir, albedrío) o en los -funcionamientos- (ej. el estado de salud, de nutrición, grado de integración social, dignidad) (Nussbaum y Sen, 1993). De igual forma, es factible tomar una orientación desde el ámbito de los valores, de lo cultural y lo legal. Esta dispersión conceptual, interfiere con la posibilidad de evaluar la calidad vida, más aún en el contexto del adulto mayor.

En consecuencia, se requiere encauzar el problema de forma práctica, facilitando el

evaluar la CV en el campo, en la realidad, sin controversias que distraigan al investigador o limiten la investigación, y que a la vez brinden aportes concretos.

Al respecto, una tendencia relativamente reciente en este campo, busca el aporte directo, el criterio del adulto mayor, estableciendo desde su punto de vista y de manera práctica lo que debe ser considerado, medido y evaluado en términos de calidad de vida. Vera (2007), Netuveli (2008).

Investigadores como Hörnquist (1990), Lawton (1991) y Fernández (1997), propusieron superar el reduccionismo que implica el estudio de la CV, circunscrito a una única teoría unificadora, orientación profesional o área de interés particulares y en su lugar, abordarla con una visión global, que dé cuenta del bienestar humano en toda su complejidad, para el efecto, integrando varias dimensiones y valorando aspectos tanto objetivos y subjetivos desde la óptica del adulto mayor.

La definición que proporciona la OMS (Organización Mundial de la Salud) para calidad de vida OMS (2002): “Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de una entidad que está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno.” (p. 78), ofrece una forma de integrar las diversas vertientes conceptuales, al tiempo que brinda una guía para la selección de instrumentos de evaluación adecuados y a la vez centrados en un número concreto de indicadores que, por ventaja, no están en relación exclusiva con la salud, porque abarcan la Psicología y los determinantes sociales.

El envejecimiento poblacional representa importantes desafíos para la sociedad. Tal vez el más relevante, sea precisamente asegurar la calidad de vida de la población adulta mayor. En el caso europeo, décadas de ventaja, políticas sociales y una asignación particular de recursos, prepararon mejor a la región.

En la otra cara de la moneda, se estima que, en el 2050 cerca del 80% de la población adulta mayor, residirá en países menos desarrollados (United Nations, 2013).

Los estudios de calidad de vida en la población adulta mayor latinoamericana, son relativamente limitados. Una búsqueda realizada como parte la presente investigación en LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), de publicaciones generadas en la región entre el 2005 y el 2014, usando descriptores específicos y delimitando el área de interés al campo de la Psicología, produjo alrededor de 30 resultados. En el Ecuador, destaca la encuesta SABE 2009, que fue diseñada con un enfoque económico-sanitario (INEC, 2009).

Con la finalidad de contar con información sobre el estado de la calidad de vida en la población adulta mayor, son necesarios estudios enfocados en la realidad de esta población, empleando a la vez, herramientas cuya aplicación resulte práctica y considere como indicadores, a los distintos componentes de la calidad de vida (enfoque multidimensional).

Esta información no sólo será relevante para establecer la situación, sino además para evaluar el impacto de las intervenciones que, desde distintas disciplinas, sea posible aplicar en este importante y cada vez más numeroso grupo poblacional.

Sin embargo, en nuestra región y particularmente en el Ecuador, son poco frecuentes los estudios sobre calidad de vida, aún menos en población de 60 años en adelante, al tiempo que el enfoque, suele estar centrado en la salud y en la economía, como principales factores determinantes. Así también, las herramientas empleadas en su evaluación pueden resultar complejas o requieren de grandes recursos, limitando su aplicación.

De continuar esta tendencia, es dable que se pierdan oportunidades valiosas para el conocimiento de la realidad del adulto mayor, del impacto que distintas acciones tienen en su bienestar o para identificar los componentes en los que es pertinente o incluso, prioritario enfocar los recursos disponibles.

Yaruquí es una de las 33 parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito. Tiene una población de 17.854 habitantes aproximadamente, fue fundada el 8 de septiembre de 1570 y que fuera asiento de poblaciones preincaicas INEC (2010)

Con base en el censo 2010 la población de adultos mayores de la Parroquia Yaruquí es de aproximadamente 1.492 personas INEC (2010). De las cuales según información recabada en la junta parroquial y el MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social), 240 personas son actualmente beneficiarias de programas desarrollados por el Municipio y el MIES.

La Carrera de Psicología de la Universidad Politécnica Salesiana viene desarrollando procesos de prácticas pre-profesionales, así como varias investigaciones sobre las personas mayores desde el 2005.

Por otra parte, el Hospital de Yaruquí y el Gobierno Autónomo Descentralizado, manifestó la necesidad de desarrollar un programa de estimulación cognitiva para detectar y atender a personas adultas mayores que presenten demencia tipo Alzheimer.

Con estos antecedentes, se planteó el desarrollo de una investigación denominada “Procesos cognitivos, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento en personas adultas mayores del barrio de San Vicente de la Parroquia Yaruquí”, con el objetivo de indagar acerca de las condiciones de esta población, como paso necesario para plantear a futuro, intervenciones que, desde el conocimiento de la realidad de estos grupos, promuevan el envejecimiento activo.

A partir de estas preocupaciones y considerando la importancia que tiene la calidad de vida como indicador del estado de los procesos de envejecimiento que tiene esta población en particular y como esta condición se vincula a su desarrollo cognitivo, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el estado de los componentes de la calidad de vida, presentes en personas mayores de 60 años del grupo de adultos mayores del Barrio San Vicente de la parroquia de Yaruquí, en el período mayo-agosto del 2015, desde un enfoque multidimensional?

2. Justificación y relevancia

“La vida más deseable para el estado, no puede ser conocida, a menos que conozcamos la naturaleza de la vida más deseable para el individuo”, frase atribuida a Aristóteles (Smith 2010, p. 4).

Son diversas las necesidades de la población adulta mayor, así también diversas resultan, las razones por las cuales, es pertinente prestar atención especial a su bienestar. Por su parte, se ha incrementado el interés por el estudio de la calidad de vida desde el ámbito psicosocial, donde investigaciones como la presente, aportan información valiosa desde una visión multidimensional.

Al combinar el constructo calidad de vida con el ámbito del adulto mayor, es posible encontrar un campo rico de oportunidades para el desarrollo del conocimiento y, en consecuencia, de productos trasladables como beneficios para una población que continúa ganando relevancia en la historia reciente, pero que no siempre goza de la prelación que su singularidad, estatus y problemática requieren. Las intervenciones que puedan dirigirse en su beneficio, pueden ser guiadas o ser más efectivas partiendo del diagnóstico de los componentes o factores de su calidad de vida.

Como beneficio adicional, el realizar esta investigación en población rural, se ofrece nueva información sobre un grupo social vulnerable y la posibilidad de que próximos trabajos comparen sus hallazgos con los aquí obtenidos, o bien, se estudie el efecto de las intervenciones aplicadas desde distintos frentes en este ámbito.

3. Objetivos

Objetivo General.

Determinar la calidad de vida de las personas mayores de 60 años y más, que integran el grupo de adultos mayores del barrio de San Vicente de la parroquia Yaruquí en el período Mayo-agosto del 2015.

Objetivos específicos.

Investigar cada uno de los siguientes componentes de la calidad de vida:

- Salud
- Integración social
- Habilidades funcionales
- Actividad y ocio
- Calidad ambiental.
- Satisfacción con la vida
- Educación
- Ingresos

- Servicios sociales y sanitarios
- Importancia de los componentes de la calidad de vida
- Autovaloración de la calidad de vida

Analizar la calidad de vida de las personas adultas mayores desde sus componentes.

4. Marco conceptual

Según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el número de adultos mayores o personas con 60 años o más en todo el mundo, se ha duplicado desde 1980 y prevé alcance los 2000 millones en 2050 (United Nations, 2013). Esta tendencia, que se expresa en la inversión de la pirámide poblacional global, involucra a la vez, incremento de la esperanza de vida y se acompaña de la reducción en la natalidad, que por una parte explican tal inversión y por otra, la elevación de la edad promedio global. Es posible afirmar, que el envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial, pero no homogéneo; durante décadas, ha llamado la atención en Europa y Japón, pero se ha presentado de forma paulatina, aunque manteniendo un ritmo constante en otras regiones del planeta, salvo África (United Nations, 2015).

Varios factores se han asociado con este fenómeno, entre ellos los avances en la reducción de la mortalidad por enfermedades graves (ej. cardiovasculares), avances en políticas sociales, visibles especialmente en países desarrollados, la redistribución de recursos, mejoras provenientes de la biotecnología por su efecto en la provisión de alimentos, cambios demográficos que inciden en la composición familiar, en determinadas condiciones la urbanización, entre otros (Giovannini, 2014, p. 1), (Cutler y Miller, 2004, p. 1).

En el Ecuador, según cifras oficiales, la tasa de crecimiento se encuentra en descenso desde 1974, con una reducción del 25% desde 1982 al 2010, si bien se registró una desaceleración entre 1990 y 2010. (INEC, 2010). Para el 2020, la población de 60 años o más alcanzará 1 millón 900 mil personas, lo que equivale a un incremento de 503 mil con

respecto de 2010. Este incremento equivale al 36%, que contrasta con sólo el 12%, que se proyecta habrá crecido la franja poblacional existente entre los 20 y 59 años. (INEC, 2012).

El envejecimiento de la población mundial, es un gran éxito de la humanidad, es el fruto de una serie de victorias en materia de salud, derechos y economía, pero a la vez, se ha tornado en uno de los retos más complejos que enfrenta. Por ejemplo, en la esfera económica privada, cuyo ritmo de adaptación a esta realidad posiblemente no sea el apropiado, se podrían desencadenar disrupciones con impacto negativo para un gran número de personas, derivadas de las demandas que supone una fuerza laboral de mayor edad, (The Boston Consulting Group, 2011).

En respuesta al reto, la OMS planteó en 2002, al -envejecimiento activo- (“active aging”)² como modelo para mejorar la -calidad de vida- de las personas conforme envejeczan. Esto es posible según plantea, incrementando las oportunidades en tres ámbitos: salud, participación y seguridad. En este marco, -activo-, se refiere al involucramiento constante y presente durante toda la vida de una persona, en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, más allá de únicamente concentrar esfuerzos en el mantenimiento de su capacidad física o laboral. Como parte del modelo, el término salud sigue la tradición de la OMS, abarcando los ámbitos físico, mental y social. Sobre esta base, la OMS concluye que el adulto mayor podrá continuar aportando

² El envejecimiento activo, se fundamenta en la “*psicología del desarrollo a lo largo del ciclo vital o “lifespan psychology”*”, más específicamente según Villar (2005) para el campo del envejecimiento, “*lifespan approach*”, corriente para la cual, el desarrollo es un proceso que abarca la totalidad del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte.

a nivel familiar, comunitario o nacional, independientemente de encontrarse enfermo, con discapacidad o de haberse retirado de la vida laboral. (WHO, 2002).

Según Villar (2005), el estudio del envejecimiento tuvo limitados aportes de parte de los autores clásicos de la psicología evolutiva (Piaget, Vigostky, Freud, Bowly, Gessell, Flavell, Chomsky y Bruner), quienes habrían optado por una visión, donde el desarrollo es “[...] un progreso en las funciones y/o estructuras psicológicas y de comportamiento, hacia niveles cada vez más diferenciados, más complejos y de una u otra forma mejores [...]”, (p. 147). Así, sus aportes se enfocaron en la etapa de la niñez, adolescencia y adultez, por considerar que luego de ellas, habiendo alcanzando -el nivel óptimo-, no se esperan ganancias. Por el contrario, lo poco que se había tratado sobre la segunda mitad de la vida se lo había hecho desde la perspectiva de la pérdida, (Villar, 2005).

Por el contrario, continúa Villar (2005), autores como Erik Erikson, sientan las bases de una teoría evolutiva alternativa, enfocada en el ciclo vital, que destaca por su enfoque psicosocial, basado también en etapas, como en el caso de Piaget, pero distantes de aquellas, tanto por su alcance (contempla periodos que rebasan la adolescencia) como por la influencia de las -expectativas sociales-. Surgen otros autores, entre ellos Havighurst, que plantea el concepto de tarea evolutiva³, concepto ligado y complementario a las etapas definidas por Erikson. Finalmente, el cambio de paradigma, recibe los aportes de Thomae, Schaie, y Baltes, este último, considerado el fundador de la psicología “lifespan”, que consideran a la vejez una etapa evolutiva más, que involucra ganancia y no únicamente

³ Resulta de interés al momento de evaluar las percepciones del adulto mayor con respecto de su calidad de vida.

detrimento, Baltes además, establece los conceptos que permiten alcanzar el denominado -envejecimiento satisfactorio-:

- Selección. Implica la priorización y/o el cambio en la selección de metas evolutivas (desarrollo, mantenimiento o regulación) acorde a las capacidades disponibles.
- Optimización. Hacer el mejor uso de los recursos bio-psico-sociales para maximizar el funcionamiento y alcanzar las metas planteadas.
- Compensación. reconstrucción y/o adquisición de nuevos recursos para compensar los perdidos o su falta de disponibilidad. (Pinazo, et al. 2005, p. 158).

Para Villar (2005), la psicología lifespan, a más de ofrecer una orientación positiva del envejecimiento, sostiene que el desarrollo se caracteriza por su:

- Multidimensionalidad. Existen cambios que se producen durante el proceso de desarrollo en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano.
- Multidireccionalidad. Los cambios producidos son multidireccionales, no afectan necesariamente por igual ni de manera simultánea a todas las dimensiones del ser humano, es decir que mientras en una o más dimensiones se experimenta crecimiento, en un momento determinado del desarrollo en otras pueden observarse declive o no presentar cambio alguno.
- Variabilidad interindividual. Las diferencias individuales de las personas, hacen que el proceso de envejecimiento sea diferente para cada persona. Es así que

existen personas que presentan problemas o pérdidas en las diferentes dimensiones aún antes de llegar a la vejez, y otras llegan a edades muy avanzadas sin mostrar cambios negativos en sus dimensiones que afecten su funcionamiento cotidiano.

- Cultura y la Historia. La cultura si bien proporciona normas y límites al desarrollo también ofrece instrumentos y posibilidades de potenciar nuestra capacidad para compensar o superar las pérdidas en las diferentes dimensiones.
- Adaptación. Se refiere a la capacidad de afrontamiento del individuo frente a los cambios negativos en las diferentes etapas del ciclo vital. (Villar, 2005, p. 755 y 756); (Conde-Sala JL., 2007, p. 2 y 3).

Siendo la Calidad de Vida (CV), el eje clave del modelo de -envejecimiento activo-, se hace necesaria su definición. Por una parte, CV es un constructo de naturaleza compleja, que según (Kerce, 1992, p. 2 y 3), (Fernández y Rojo, 2005, p. 117-135), y (Urzúa, 2012, p. 62-69), encuentra sus orígenes modernos en Estados Unidos durante las décadas de 1950 y 1960, posiblemente y con más precisión en un discurso pronunciado en Nueva York por el presidente norteamericano Lyndon Johnson a finales de 1964, (McCall, 1980, 5-12). Por supuesto es posible encontrar referencias muy tempranas, relacionadas con el constructo, por ejemplo, en el tratado Política de Aristóteles (Smith 2000, p. 4 y 5) y en el “axioma fundamental” de Bentham de 1789, (Debnath y Shankar 2013, p 2 y 3).

En sus inicios, la CV estuvo ligada en gran medida con los ámbitos político y económico. Un hecho remarcable constituye que, en la literatura de las ciencias sociales, la CV se encuentra frecuentemente asociada con otras concepciones, entre las que destaca

“well-being”, que se traduce del inglés como “bienestar”. Se puede plantear, que existe cierto grado de discrepancia entre el alcance de la palabra inglesa “well-being”, respecto de su contraparte española, particularmente porque la primera, involucra la noción y también constructo “felicidad”, ausente en español.

El -bienestar- además, es una concepción prevalente en economía, sociología y política, en tanto que -calidad de vida-, tiende a serlo en la actualidad, en psicología social y salud. Como se anota líneas arriba, el -bienestar- mantiene una relación estrecha con la -felicidad-, que de acuerdo con Debnath y Shankar (2013), ha sido por largo tiempo, un campo de investigación importante en psicología. Se hace necesario aclarar que, en la concepción sajona, la -felicidad- está ligada con el nivel estructural de la sociedad (economía, posesión de bienes, entre otros.). El -bienestar- a su vez, tiende en ciencias sociales, a un nivel macro-social, en tanto que -calidad de vida- más bien a un nivel micro-social o individual, Debnath y Shankar (2013).

La CV viene siendo abordada en momentos y desde disciplinas distintas, lo que ha ocasionado como indica Netuveli (2008), que exista gran abundancia de definiciones, que, sin llegar a ser concluyentes, ofrecen descripciones sobre la naturaleza de la CV. Para Lawton (1991), han influido de manera remarcable en materia de CV, los estudios que provienen desde los campos de la contabilidad social (una rama ligada a la economía y la política), la terapéutica médica y la psicología social.

En la Tabla MC.1, se recogen diversos criterios, -factores o componentes- asociados con las concepciones alrededor del constructo calidad de vida, proporcionadas por varios autores entre 1977 y 1994. Dos autores destacan de manera particular en esta selección,

Hörnquist y Lawton (1990) que durante sus carreras se especializaron en el estudio de CV del adulto mayor y han sido citados de manera regular en gran cantidad de investigaciones. De su revisión, destacan varios hechos, por una parte es frecuente que se asocie CV con aspectos de orden social-económico y de integración del individuo con sus pares, por otra, que existió mayor dificultad para esclarecer el concepto o sus componentes en las definiciones más tempranas, década de 1980, con respecto de las definiciones de la década subsecuente, a la vez, es a partir de 1990, que se aborda el problema desde una perspectiva multidimensional (dimensiones corporal, psicológica, de interacción social, material, entre otros).

En esta última fase, los esfuerzos por alcanzar una definición, se tornaron en un enfoque práctico, que, desde una perspectiva dialéctica, guían a establecer lo que es pertinente considerar como dimensión de la CV.

Tabla MC1

Criterios, factores o componentes alrededor del constructo Calidad de Vida

Fuente/Año	Criterios / factores asociados
Shaw (1977)	La calidad de vida (CV) de una persona, se expresa de manera pseudo-cuantitativa, por la ecuación: $CV=DE \times [H+S]$, donde DE es la dotación o legado natural del individuo (intelectual y físico), H la contribución hecha por su hogar-familia y S, la contribución hecha por la sociedad.
McCall (1980)	“[...] ¿Es la CV un estado mental o un estado social? [...]” “[...]Curiosamente contrasta nuestro bajo nivel de comprensión de la calidad de vida con el gran interés de los investigadores en ella. La razón de esto, descansa parcialmente en la desilusión progresiva con las metas materialistas [...]” (p. 5). La calidad de vida debe distinguirse de la satisfacción estructural. “[...]analizar CV en términos subjetivos o factores psicológicos es un error, que lleva a una distorsión de en lo que consiste la CV [...]” (p. 6).
Rice (1984)	“La calidad de vida es el grado por el cual, la experiencia de vida individual, satisface los deseos y necesidades del individuo (tanto físicas como psicológicas).” (Rice, 1984, como es citado en Kerce, 1992, p. 2.) “[...] es el grado por el cual, se alcanzan determinados estándares de vida, a través de objetivas y verificables condiciones, actividades, y las consecuencias de la actividad de la vida de un individuo.” (Rice, 1984, como es citado en Kerce, 1992, p. 2.)
Hörnquist (1990)	“[...] un conjunto de opiniones afectivas, dirigidas hacia la propia vida.” (Rice, 1984, como es citado en Kerce, 1992, p. 2.) Propone “La extensión del concepto de calidad de vida”. Considerar “La vida como un todo”. En su concepción, son dominios vitales clave: el biológico (salud corporal), psicológico (sentido de bienestar personal, habilidad creativa, de aprendizaje, lógica, memoria, destrezas), social (interacción con otros), conductual/actividad (movilidad, capacidad de autocuidado, capacidad para trabajar), el material (economía personal) y estructural (sentido de vida y posición en la sociedad).
Lawton (1991)	“[...]La calidad de vida se define como la satisfacción global percibida y la satisfacción dentro de los dominios clave, con énfasis en el dominio psicológico. [...]” “[...]Calidad de vida es la evaluación multidimensional, usando criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal-ambiental de un individuo, en tiempo pasado, presente y futuro”.
OMS (1994)	“Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de una entidad que está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno.” (OMS, 1994, como es citado en WHO, 2002, p. 13).

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

Hörnquist y con mayor énfasis Lawton, buscan establecer distancia de la controversia alrededor de la -plétora de definiciones- existente, encausando el problema directamente hacia la evaluación de la CV. Ambos marcan coincidencias importantes respecto de los factores-componentes de la CV. Lawton avanza incluso más, estableciendo un modelo que admite la posibilidad de examinar aspectos positivos al evaluar la CV en el adulto mayor. Esto resulta clave porque, por ejemplo, cuando la CV es valorada en medicina, suele darse prioridad a la recolección de aspectos negativos, como síntomas, efectos adversos, discapacidad, entre otros., Lawton (1991). Si únicamente el enfoque gira entorno a lo negativo, una herramienta de evaluación de CV podría no explorar aquellos aspectos que están mejorando o han mejorado la CV de un sujeto. Aquí, también se establece una coincidencia importante entre esta visión y el EA.

En la tabla MC.2, se recogen varias investigaciones e informes, realizadas en el continente y otras regiones sobre materia de calidad de vida en adultos mayores, destacando el tipo de estudio, componentes de CV considerados, herramientas utilizadas y notas clave sobre los resultados obtenidos.

Tabla MC2

Investigaciones realizadas en Latinoamérica y otras regiones sobre calidad de vida en el adulto mayor

Autor/Fuente	Tipo de estudio	Factores/componentes estudiados	Instrumentos empleados y resultados destacados
Olivi, A. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. Papeles de población; 21(84); 227-249	Tipo: Cuantitativo/Cualitativo Enfoque CV: Multidimensional n = 30 CdI: Población urbana, ambos sexos, > 60 años.	Salud, Educación, Ocio, Apoyo afectivo, Privacidad, Percepción de ser discriminado, Autovaloración experiencia de vida, Participación social, Medio Ambiente, Servicios/Necesidades del Barrio, Ingresos, Percepción de economía personal. Dominios: Humano, Sociocultural, Natural, Físico y Económico-financiero -Resultados ordenados según una puntuación derivada de variables cualitativas	Encuesta elaborada para el estudio, focus group. Calificación negativa: Participación en organizaciones, seguridad, necesidades del barrio, contaminación, si se considera su opinión, situación económica. Calificación positiva: Calidad de servicios, estado de salud, expectativas del futuro, autopercepción de experiencia de vida, apoyo afectivo, opinión de sus vecinos, participación, discriminación por edad, privacidad, ocio.
Díaz, H. (2015). Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río; 19(3); 478-490	Tipo: Descriptiva/Observacional/Transversal Enfoque CV: Multidimensional n = 300 CdI: Población hospitalaria, ambos sexos, > 60 años.	Salud: funcionalidad física, psíquica y social Satisfacción por la vida: familia, estados afectivos predominantes, expectativa de futuro, apoyo social y satisfacción por el presente Condiciones socioeconómicas de vida: Situación económica y condiciones de la vivienda. Dominios: Salud, Satisfacción por la vida Condiciones socioeconómicas de vida -Resultados ordenados según puntaje derivado de variables cualitativas	Encuesta/Entrevista. Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad (MGH). La CV del anciano es menor si es mayor el grado de agotamiento de su cuidador. Mujeres adultas mayores actuando como cuidadoras de otro adulto mayor. El 53% de la muestra califica su CV como muy baja o baja. Calificación negativa: Situación económica.

Ferraz, E. (2015). Comparative study of quality of life of elderly living in condominiums versus community dwellers. *Investigación y Educación en Enfermería*; 33(1); 53-62

Tipo: Cuantitativo/Exploratorio
Enfoque CV: Multidimensional

n = 302

CdI: Población urbana, ambos sexos, > 60 años.

Salud física: Actividad, dependencia médica, energía, movilidad, dolor, sueño, capacidad laboral, habilidades sensoriales.

Psicológica: Autoimagen corporal, sentimientos negativos-positivos, autoestima, espiritualidad-creencias, pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración, satisfacción con logros, preocupación por la muerte.
Relaciones sociales: Personales, soporte social, actividad sexual, intimidad.
Ambiente: Ingresos, libertad, seguridad, acceso y calidad de los SS, vivienda, oportunidad para aprender, recreación, contaminación, transporte, autonomía.

Dominios: Salud física, psicológica, relaciones sociales, ambiente.

-Resultados ordenados según puntaje derivado de variables cualitativas

Encuesta. WHOQOL-BREF / WHOQOL-OLD.

Mayor probabilidad de que una persona soltera, deba vivir en una residencia para ancianos.

Calificación negativa: Autonomía en relación con vivir en una residencia para ancianos, capacidad para decidir, planear el futuro, intimidad en relación con compartir la vivienda (cuarto), nivel educativo.

Calificación positiva: Integración social, red social, actividad, ambiente, participación en actividades (ej. culturales).

Estrada, A. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*; 31(4); 492-502

Tipo: Descriptivo/Transversal
Enfoque CV: Multidimensional

n = 276

CdI: Población urbana, residencia para ancianos, ambos sexos, > 60 años.

Dominios: Funcionamiento sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte-morir, intimidad.

-Resultados ordenados según puntaje derivado de variables cualitativas

Encuesta. WHOQOL-OLD / Yesavage(15) / Goldberg / Pfeffer / otros.

La puntuación global de CV de la mujer tiende a ser más baja que la del hombre. La puntuación global de CV tiende a ser más alta en ausencia de depresión, ansiedad, maltrato.
Calificación negativa: Síntomas depresivos, riesgo de ansiedad y capacidad funcional, preocupación por

Galán, J. (2011). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Revista Inform de Investigaciones Educativas; 2011, XXV; 35-50	<p>Tipo: Descriptivo-correlacional Enfoque CV: Multidimensional</p> <p>n = 98</p> <p>CdI: Población hospitalaria, ambos sexos, > 65 años.</p>	<p>Dominios: Salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos y servicios sociales y sanitarios, determinantes de la CV.</p>	<p>la muerte e intimidación menor en varones.</p> <p>Encuesta. CUBRECAVI / Cuestionario del Sentido de la Vida en Personas Mayores.</p> <p>Comparación de los resultados de una población con los obtenidos en la muestra de referencia de CUBRECAVI.</p> <p>Calificación negativa: Salud, actividad y ocio.</p> <p>Calificación positiva: Habilidades funcionales, satisfacción con la vida.</p>
Inouye, K. (2010). Quality of life of elderly with alzheimer's disease: a comparative study between the patient's and the caregiver's report. Revista Latino-Americana de Enfermagem; 18(1); 26-32	<p>Tipo: Descriptivo/transversal/exploratorio</p> <p>Enfoque CV: Multidimensional</p> <p>n = 106</p> <p>CdI: Población con Alzheimer, ambos sexos, > 60 años.</p>	<p>Dominios: Salud física, disposición (entusiasmo), estado emocional, vivienda, memoria, familia, matrimonio, amistades, -usted en general-, habilidad para, actividad, ocio, -dinero y vida en general-.</p>	<p>Encuesta. PQoL-AD / CQoL-AD.</p> <p>Calificación negativa: Memoria, actividad, ocio, ingresos, disposición.</p> <p>Calificación positiva: Matrimonio, familia, amistades, autopercepción, actividad, vivienda, estado de ánimo.</p>
Montanet, A. (2009). La calidad de vida en los adultos mayores. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río; 13(1); 1-10	<p>Tipo: Descriptivo/transversal</p> <p>Enfoque CV: Multidimensional</p> <p>n = 84</p> <p>CdI: Población urbana, residencia para ancianos, ambos sexos, > 60 años.</p>	<p>Salud: funcionalidad física, psíquica y social</p> <p>Satisfacción por la vida: familia, estados afectivos predominantes, expectativa de futuro, apoyo social y satisfacción por el presente</p> <p>Condiciones socioeconómicas de vida: Situación económica y condiciones de la vivienda.</p> <p>Dominios: Salud, Satisfacción por la vida</p> <p>Condiciones socioeconómicas de vida</p>	<p>Encuesta/Entrevista. Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad (MGH).</p> <p>Calificación positiva: Salud.</p> <p>Calificación negativa: Situación económica y vivienda en ambos grupos de adultos mayores, de residencia y de la comunidad, con predominio en el último grupo, satisfacción con la vida en el grupo de la comunidad.</p>

Pereira, A. (2008). The quality of life of aged people living in homes for the aged. Revista Latino-Americana de Enfermagem; 16(6); 1025-1031	Tipo: Descriptivo/transversal/exploratorio Enfoque CV: Multidimensional (?) n = 183 CdI: Población urbana, residencia para adultos mayores, ambos sexos, > 60 años.	Dominios: Aislamiento/Afectividad y comunicación social, movilidad, actividades de la vida diaria, actividades ocupacionales, actividad recreativa, relaciones familiares, recursos económicos.	Encuesta. General Health Direction QoL Scale (Portugal), Katz Index (evalúa capacidad para actividades diarias). La puntuación global de CV de la mujer tiende a ser más baja que la del hombre.
Sancho, M. (Ed.) (2004). Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas.	Tipo: Descriptivo/retrospectivo Enfoque CV: Multidimensional n = Valor exacto no disponible CdI: Población urbana y rural, ambos sexos, > 60 años.	Dominios: Estado de salud, condiciones de vida (vivienda, trabajo, economía personal), integración social, actividades-actitudes-valores, servicios sociales y sanitarios, situación en residencias para adultos mayores.	“La autopercepción del estado de salud es un simple pero efectivo indicador del estado de salud global y es muy predictivo de necesidades asistenciales”, “Los mayores perciben su estado de salud como bueno (32,5%) o muy bueno (3,4%), con una diferencia positiva a favor de los varones. El 42,7% de éstos, en ambas categorías, valoran bien o muy bien su salud, frente al 30,9% de las mujeres.”
Netuveli, G. (2008, febrero 15). Quality of life in older ages. British Medical Bulletin 85, 113-126	Tipo: Revisión de literatura / retrospectivo Enfoque CV: Multidimensional n = No aplica CdI: Ambos sexos, > 60 años.	Dominios: Integración social, ingresos, independencia, habilidades funcionales, salud, roles y actividades sociales, estado psicológico, hogar y barrio.	Encuesta. General Health Direction QoL Scale (Portugal), Katz Index (evalúa capacidad para actividades diarias). La puntuación global de CV de la mujer tiende a ser más baja que la del hombre.
INEC (2009). Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE 2009.	Tipo: Descriptivo/prospectivo/Observacional Enfoque CV: Multidimensional/Económico	Dominios: Etnografía, economía, salud, condiciones de vida, integración familiar.	Sin disponibilidad de informe oficial de resultados. Varios informes independientes no oficiales.

n = 5235

CdI: Ambos sexos, urbano, rural,
> 60 años.

Nota: CdI = Criterio de inclusión. n = Tamaño de la muestra.

Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

Como se puede apreciar en la Tabla MC.2, una proporción importante de los estudios en torno a CV en adultos mayores, son de orden descriptivo y transversal. Así también, el enfoque prevalente es multidimensional. Por otra parte, de manera casi universal, los criterios de inclusión contemplan una edad compatible con el criterio de Naciones Unidas, 60 años o mayor (WHO, 2002) e independencia de género. Así también, salvo por uno de los estudios citados, el estado de salud de los participantes no es parte de un criterio de inclusión o exclusión.

Con respecto de los instrumentos utilizados, destacan WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD y MGH, así también el uso de instrumentos que valoran la CV de manera general, sin especialización en población adulta mayor. La escala MGH, por su parte es una herramienta con amplia difusión en el Caribe utilizada con mayor frecuencia en Cuba, de donde es originaria y en Venezuela. Las herramientas WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD (se usan en conjunto), desarrolladas por la OMS, se asimilan a MGH en diversos aspectos, entre ellos su interpretación ofreciendo un puntaje global de CV. Destaca también CUBRECAVI, basado en los planteamientos del EA y -lifespan-, se trata de una herramienta diseñada al igual que MGH específicamente para población adulta mayor. WHOQOL-OLD por su parte, es un complemento de WHOQOL_BREF, que analiza componentes de la CV del adulto mayor.

Sobre las dimensiones o componentes de calidad de vida investigadas, existen coincidencias entre estudios, como ocurre con los componentes: salud-estado de salud, ingresos-economía personal, autonomía funcional-habilidades funcionales-movilidad, ocio-tiempo libre e integración social, esto coincide con las observaciones de Bormas

(2014). Según indica Aranibar (2015) este último componente es crucial en CV del adulto mayor, debido a que desarrolla los recursos personales, beneficiando la salud y el nivel funcional. En adición. Gonzáles (2009) cita los beneficios del componente ocio-tiempo libre por sus efectos positivos en la satisfacción con la vida, haciendo relevante su estudio.

5. Variables

Tabla V1

Variables

Variable	Definición
Calidad de vida	“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de una entidad que está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno” (OMS, 2005).
Salud	“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” OMS La salud está relacionada a tres aspectos diferenciados sobre la calidad de vida (Salud objetiva, salud subjetiva y salud psíquica). (Fernández, 2007).
Integración Social	La interacción social comprende los aspectos objetivos y subjetivos de las relaciones familiares y sociales de las personas mayores y su red de apoyo. (Fernández, 2007).
Habilidades Funcionales	Habilidades funcionales se relaciona con la capacidad del sujeto para afrontar su autocuidado y las actividades diarias (Fernández, 2007).
Actividad y Ocio	Tiene que ver con el nivel, frecuencia y satisfacción en las actividades relacionadas con el ocio que el sujeto. (para descansar, para divertirse, para aprender, para participar en actividades sociales entre otros.)
Calidad Ambiental	Calidad ambiental representa los aspectos cuantitativos y cualitativos respecto a los elementos ambientales y de vivienda (Fernández, 2007)
Satisfacción con la Vida	Explora el nivel de satisfacción con la vida que tiene el sujeto.
Educación	Comprende el nivel de estudios alcanzado por el sujeto (Fernández, 2007).
Ingresos	Ingresos comprende los recursos económicos mensuales que percibe el sujeto proveniente de cualquier fuente (pagas, pensiones, retribuciones, ayudas, sueldo, entre otros.) (Fernández, 2007).
Servicios Sociales Sanitarios	Comprende tanto la utilización como la satisfacción auto percibida sobre la prestación de servicios sociales y sanitarios en la comunidad (Fernández, 2007).
Importancia de los componentes de la calidad de vida	Tiene que ver con la importancia que el sujeto otorga a cada uno de los componentes de la calidad de vida, y la valoración que realiza de su propia calidad de vida (Fernández, 2007).

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

6. Hipótesis

La calidad de vida de la población estudiada, se ve disminuida por un déficit en uno o varios de los siguientes componentes: salud, ingresos y educación.

7. Marco metodológico

7.1 Perspectiva metodológica

La presente investigación tiene como perspectiva metodológica, el enfoque cuantitativo, entendido según Hernández, Fernández, Baptista (2010) como:

[...] secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente y no podemos brincar o eludir pasos, el orden es riguroso, aunque, desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (Diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos y se establece una serie de conclusiones respecto a las hipótesis. (p. 4).

7.2 Diseño de investigación

Es una investigación no experimental, transaccional y descriptiva. No experimental, por cuanto las variables, que en el caso del presente estudio corresponden a los componentes de la CV, no fueron manipuladas. En este sentido Hernández et al (2010) señala: “[...] es la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente sus variables [...]”, p. 149).

A la vez el presente estudio, es una investigación transeccional descriptiva. Es transeccional dado que la recolección de información (de los componentes de la CV), se realizó en un momento único. Al respecto Hernández et al. (2010) sostiene: “los diseños de una investigación transeccional recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (p.151); y descriptiva en razón de que los resultados obtenidos para cada variable (componente de CV) fueron descritos y analizados. En este sentido Hernández et al. (2010) indica que “los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población.” (p,152)

7.3 Tipo de Investigación

Se trata de una investigación de tipo descriptivo. “La investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencia de un grupo o población”. (Hernández, et al 2010, p. 80)

Desde esta óptica, la presente investigación es descriptiva, por cuanto valoró cada uno de los componentes que conforman la calidad de vida de las personas adultas mayores de 60 años, y se obtuvo una descripción del estado de éstos en la población investigada.

7.4 Instrumentos y técnicas de producción de datos

La producción de datos se realizó mediante la utilización de una ficha común de datos sociodemográficos, el cuestionario Breve de Calidad de vida (CUBRECAVI) y un diario de campo.

7.4.1 Ficha Sociodemográfica.

Mediante una encuesta individual guiada, se recolectaron datos sociodemográficos de la población muestra como son: Identificación, situación de vivienda, relaciones familiares, estudios, trabajo, salud, antecedentes familiares de salud, ingresos actuales, prácticas religiosas, intereses, pasatiempos, ocio, intereses musicales, deportes, actividades cotidianas y expectativas futuras. Con la finalidad de caracterizar la población adulta mayor del barrio San Vicente de la parroquia Yaruquí.

7.4.2 CUBRECAVI (Cuestionario Breve de Calidad de Vida).

Es un instrumento diseñado para el estudio y evaluación de la calidad de vida en adultos mayores. Está fundamentado en el enfoque multidimensional de la calidad de vida. Permite evaluar 9 componentes y 21 subcomponentes (ver figura M1). La encuesta no entrega una puntuación global para la CV, sino por componente. La puntuación de un componente resulta del promedio de los puntajes alcanzados en sus subcomponentes. La interpretación se realiza comparando los puntajes de cada componente con un baremo normativo basado en los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta en población española adulta mayor, (Fernández y Zamarrón, 2007).

Componentes y subcomponentes CUBRECAVI.

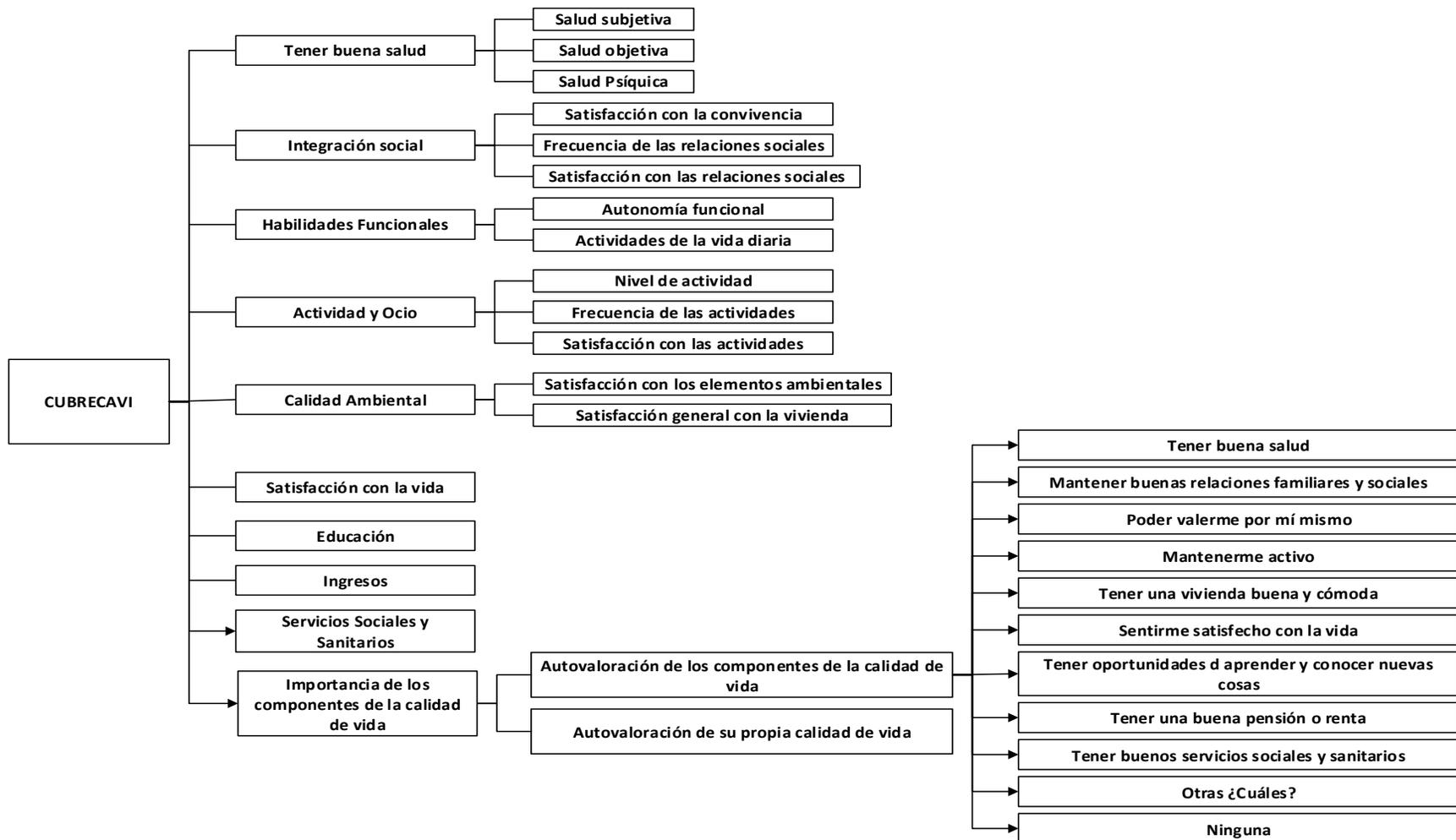


Figura M1. Adaptado de (Fernández y Zamarrón, 2007, p. 19-23) por Gómez E. 2016. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

El diseño del CUBRECAVI permite la auto aplicación individual y/o grupal, sin embargo, se recomienda que el sujeto haya finalizado como mínimo los estudios primarios y tenga la vista corregida si fuera necesario, de lo contrario la evaluación debe ser realizada de manera individual y dirigida por un profesional en el área quién mantendrá las preguntas del formato estándar (Fernández y Zamarrón, 2007, p. 23-41). En el presente estudio, la mayoría de la población muestra, presenta baja escolaridad, en número menor alteraciones en la salud a nivel auditivo y visual, así como en los procesos cognitivos, por tanto, la autoevaluación individual y/o grupal no es viable. Se procede entonces a la evaluación individual dirigida por la suscrita.

Para la obtención del perfil grupal de la población investigada, se promediaron los puntajes obtenidos por cada uno de los 30 integrantes del grupo de adultos mayores en cada uno de los componentes del CUBRECAVI y se comparó contra el baremo del grupo normativo CUBRECAVI (Fernández y Zamarrón, 2007, p. 47). Se realizó el mismo procedimiento para la población distribuida por género, por rango de edad y nivel educativo.

El baremo normativo está estructurado en percentiles entre 10 y 99. Para los autores de CUBRECAVI cuando los puntajes se ubican sobre el percentil 50 reciben una valoración “positiva”, así tanto más alto se ubica mejor apreciación; y cuando se ubican por debajo del percentil 50 su valoración es “deficitaria”, así mientras más bajo se ubica el percentil, mayor será el déficit. (Fernández y Zamarrón, 2007). Para el presente estudio al hacer la comparación contra el baremo normativo se han definido las escalas descritas en la tabla M1.

Tabla M1

Puntos de corte (cutoffs) usados como complemento a la metodología de interpretación de resultados CUBRECAVI.

Percentil	Valoración
10, 15, 20 y 30	NIVEL MUY BAJO
35 y 40	NIVEL BAJO
50 y 60	NIVEL MEDIO
70 y 80	NIVEL ALTO
90, 95 y 99	NIVEL MUY ALTO

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento.*

7.4.3 Notas de Campo

En la ficha de campo se registraron expresiones y conductas manifiestas por la población, resultado de la observación participativa. Información que resulta complementaria y a su vez adicional a la proporcionada por el test CUBRECAVI.

7.4.4 Consideraciones éticas

Con cada participante, previa la explicación de la investigación, y la confidencialidad de su identificación se firma un consentimiento de participación en el estudio de manera voluntaria.

7.5 Plan de análisis.

La información obtenida de cada cuestionario CUBRECAVI, fue almacenada en forma de registros únicos por cada participante y analizados usando las siguientes herramientas de software: Ms Excel, Qlikview 11 y JMP 11. Los registros contienen múltiples columnas, una por cada elemento que compone las variables del cuestionario CUBRECAVI: Salud, Integración Social, Habilidades Funcionales, Actividad Y Ocio,

Calidad Ambiental, Satisfacción Con La Vida, Educación, Ingresos, Servicios Sociales y Sanitarios y Componentes Adicionales.⁴

Completada esta fase, cada cuestionario fue calificado usando el portal en internet: <http://www.teaediciones.net/portal/asp/teacorriges/entradappal.asp>. Como resultado de este proceso se obtuvo por cada participante, un ‘Resultado y Perfil’ o RP.

El RP provee un resumen de fácil lectura sobre la puntuación obtenida por el participante para cada componente y subcomponente. Esta puntuación, fue comparada con el baremo correspondiente de la encuesta (Fernández y Zamarrón, 2007).

Las puntuaciones del RP, fueron agregadas a los registros de cada persona, para permitir el cruce de variables por tres agrupadores: género, edad y nivel educativo. Se calcularon, además, medidas de tendencia central, para el total de la muestra y por cada agrupador. Se calcularon las medidas de tendencia central de los puntajes obtenidos para los componentes salud, integración social, habilidades funcionales, calidad ambiental, satisfacción con la vida, actividad y ocio, educación e ingresos, así como contabilización y diagramas de pastel para los correspondientes a los componentes: servicios sociales y sanitarios e importancia de los componentes de calidad.

Las puntuaciones, sus medias y desviaciones estándar, permitieron a su vez analizar el nivel de significación estadística en diferentes contextos, por ejemplo, para establecer si existían diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por hombres versus

⁴ Se puede consultar un resumen de componentes y subcomponentes calidad de vida, estudiados por CUBRECAVI en la figura M1.

mujeres, entre grupos de etarios o nivel educativo. Así también, entre la puntuación obtenida en un componente y la de referencia obtenida de los datos normativos (baremo) de CUBRECAVI. Esta actividad se realizó acorde con los objetivos de la investigación, aplicando el estadístico t sin paridad, con corrección de Welch debido a que las varianzas de la población local no se corresponden con las varianzas de la población española (baremo normativo). En los casos que se debían comparar varios grupos, como por ejemplo en las distribuciones de un puntaje por grupo etario o nivel educativo, se empleó ANOVA de una vía. El valor de p para establecer significación estadística fue siempre el mismo $p < 0.05$.

Finalmente, para aquellos resultados provenientes de variables sin conversión a puntuación, como -utilización de servicios sociales y sanitarios-, -satisfacción con los servicios sociales y sanitarios- y -autovaloración de la calidad de vida-, a más de representar los datos gráficamente, se aplicó la prueba de Fisher, para establecer si existían diferencias significativas al distribuir los datos por género. Los datos de estos componentes se agruparon a un formato de tabla de 2 x 2 adecuado para Fisher.

8. Población y muestra

La población para el presente estudio comprende, las personas hombres y mujeres adultas mayores de 60 años pertenecientes al barrio San Vicente de la Parroquia Yaruquí.

El tipo de muestra seleccionada es no probabilística según lo señalado por Hernández, et al (1997) “En las muestras de éste tipo, la elección de los sujetos no depende de que todos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de investigadores” (p. 231). La muestra de la presente investigación concentra en el grupo de adultos mayores de 60 años residentes en el barrio San Vicente de la parroquia Yaruquí, quienes consintieron en participar voluntariamente en la investigación.

Los criterios aplicados a la muestra fueron. Hombres y mujeres, adultos mayores, es decir con edades a partir de 60 años (WHO, 2002, p. 4), miembros del grupo de adultos mayores del barrio San Vicente de la parroquia Yaruquí, de la provincia de Pichincha, que acepten participar en la investigación por medio de un consentimiento escrito.

La muestra fue seleccionada debido al interés expresado por la población adulta mayor y las instituciones de la Parroquia Yaruquí en una solicitud del Hospital de Yaruquí y el Gobierno Autónomo Descentralizado de la parroquia rural de Yaruquí dirigida a la Universidad Politécnica Salesiana en la que manifiestan la necesidad de indagar sobre el estado de salud cognitivo de ésta población.

Por otra parte, la población muestra es no probabilística por tanto se seleccionó a quienes corresponden a las características específicas determinadas en el planteamiento

del problema que incluye a: Hombres y mujeres de 60 años y más, residentes en el barrio San Vicente de la parroquia Yaruquí, que pertenecen al grupo de adultos mayores, quienes voluntariamente acceden a participar en la investigación.

En relación con el tipo de muestra Hernández et al., (1997) afirman que la muestra no probabilista es utilizada en estudios que “no requieren tanto de una representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.”, (p. 193).

La muestra está conformada por un grupo de 30 personas adultas de 60 años en adelante, hombres y mujeres que forman parte del grupo del barrio San Vicente de la parroquia Yaruquí quienes aceptaron voluntariamente ser parte del presente de estudio de investigación.

Tabla C1

Cronograma de trabajo

Actividad	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Planificación y delimitación del problema	X	X								
Presentación con el grupo de Adultos Mayores.	X									
Información y registro de firmas en los consentimientos informados.		X								
Registro de información en fichas sociodemográficas		X								
Aplicación de reactivos psicológicos			X	X	X					
Integración con el grupo de adultos mayores					X	X	X	X		
Análisis e interpretación de los resultados						X	X	X		
Reporte de resultados a los adultos mayores de San Vicente									X	
Entrega de información al Hospital de Yaruquí y autoridades de la parroquia										X
Entrega del proyecto de investigación al consejo de carrera de psicología									X	

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

9. Descripción de los datos producidos

Los datos que se presentan a partir de este punto y en las secciones subsecuentes fueron obtenidos de la muestra poblacional, en el periodo mayo a agosto del 2015, usando la encuesta CUBRECAVI y la ficha sociodemográfica descritos previamente. Las tablas y figuras fueron elaboradas con base en los datos recabados durante la presente investigación.

Para el caso de los resultados obtenidos por la encuesta CUBRECAVI, se presentan los hallazgos con sus puntuaciones y percentiles, salvo para los componentes “servicios sociales y sanitarios” e “importancia de los componentes de la calidad de vida” que carecen de representación en forma de puntuación o percentil. En adelante, los resultados de estos últimos se los presenta en forma de gráficas de pastel y/o cantidad/porcentaje dentro de las tablas.

Tabla A1

Población que integró la muestra. Mayo-agosto 2015.

Distribución	Población
Género	
Femenino	16 (53%)
Masculino	14 (47%)
Rango de edad	
60 a 69	10 (33%)
70 a 79	12 (40%)
80 a 89	7 (23%)
Mayor de 90	1 (3%)
Nivel educativo	
Analfabeta	5 (17%)
Primaria incompleta	14 (47%)
Primaria completa	9 (30%)
Bachiller	1 (3%)
Formación técnica	1 (3%)

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS.
Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento

Tabla A2

Caracterización de la población según ficha sociodemográfica utilizada en el estudio. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

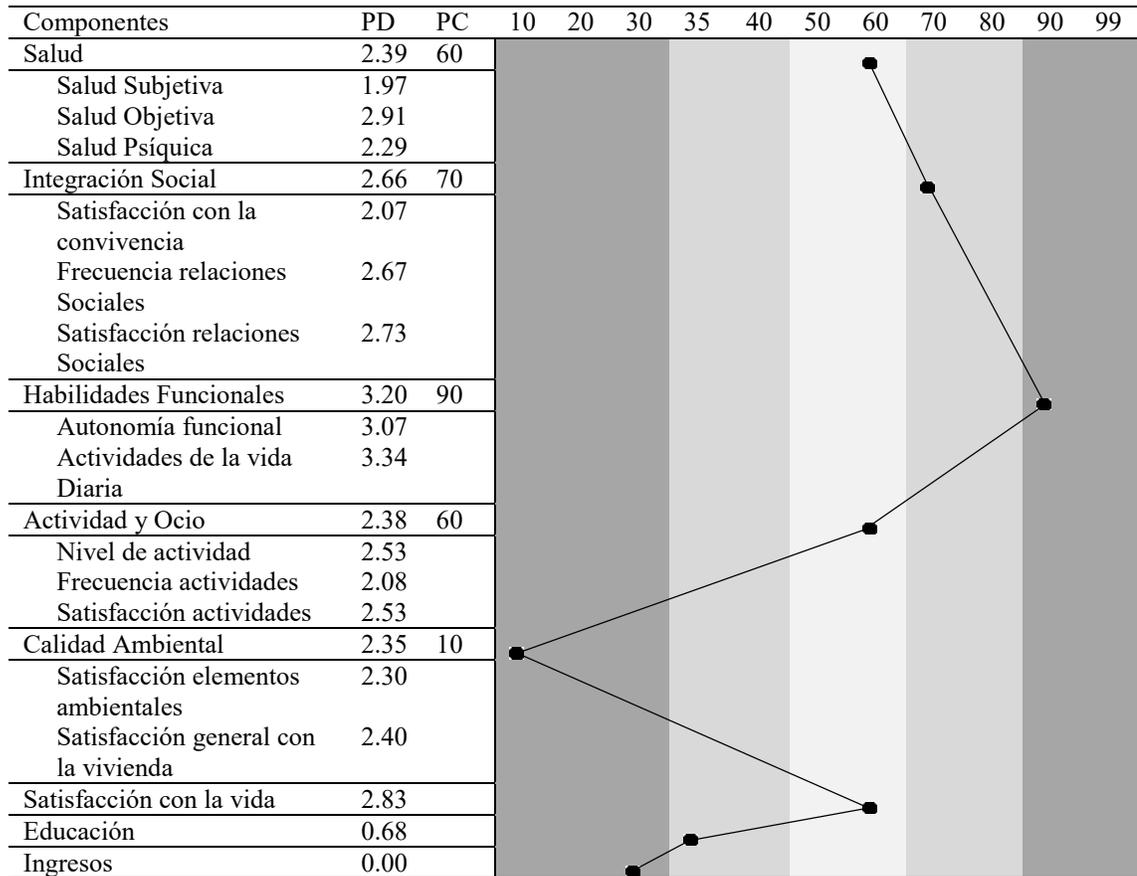
Características	Población (%)
Lugar de procedencia, vivienda y compañía	
Nativos de San Vicente de Yaruquí	(14) 47%
Poseen vivienda propia	(20) 67%
Vive en compañía de pareja u otros familiares	(23) 76%
Mantienen buenas relaciones familiares	(26) 87%
Educación	
Población analfabeta	(5) 17%
Población con primaria incompleta	(16) 53%
Población con Primaria completa	(8) 27%
Población Bachiller	(1) 3%
Población con formación técnica	(1) 3%
Trabajo	
Ocupación principal agricultura	(13) 43%
Ocupación en QQ.DD	(7) 23%
Tipo de Trabajo	
Trabajo de tipo físico	(28) 93%
Seguridad Social	
Sin Jubilación	(27) 90%
Salud	
Salud física regular	(21) 70%
Salud psicológica regular	(19) 63%
Enfermedades crónicas principalmente de tipo osteoarticular	(25) 83%
Ingresos	
Ingreso mensual menor a \$100	(18) 60%
Ingreso mensual entre \$100 y \$300	(8) 27%
Ingreso mensual entre \$300 y \$500	(4) 13%
Fuente de ingresos trabajo y ayuda de familiares	(14) 46%
Fuente de ingresos trabajo	(6) 20%
Fuente de ingresos bono	(5) 17%
Fuente de ingresos jubilación	(3) 10%
Religión	
Católica	(26) 86%
Recreación	
Mirar televisión	(14) 46%
Leer	(5) 16%
Actividades de agricultura como: jardinería, cultivo de uvas, siembra de verduras entre otras.	(3) 9%
Interés musical y deportivo	
Interés musical (escuchar y cantar)	(26) 86%
Interés deportivo (aficionados, no practicantes)	(15) 50%
Hábitos de baile (actividades realizadas en el grupo de adultos)	(20) 67%
Expectativas futuras	
Mejorar y conservar la salud	(15) 50%
Conseguir ingresos económicos	(9) 30%

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

10.- Presentación de los datos producidos

Tabla A3

Perfil encuesta CUBRECAVI, población adulta mayor. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.



Nota: PD=Puntaje directo; PC=Percentil baremo CUBRECAVI

Adaptado de (Fernandez y Zamarrón, 2007, p. 45) por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Frecuencia de uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor.

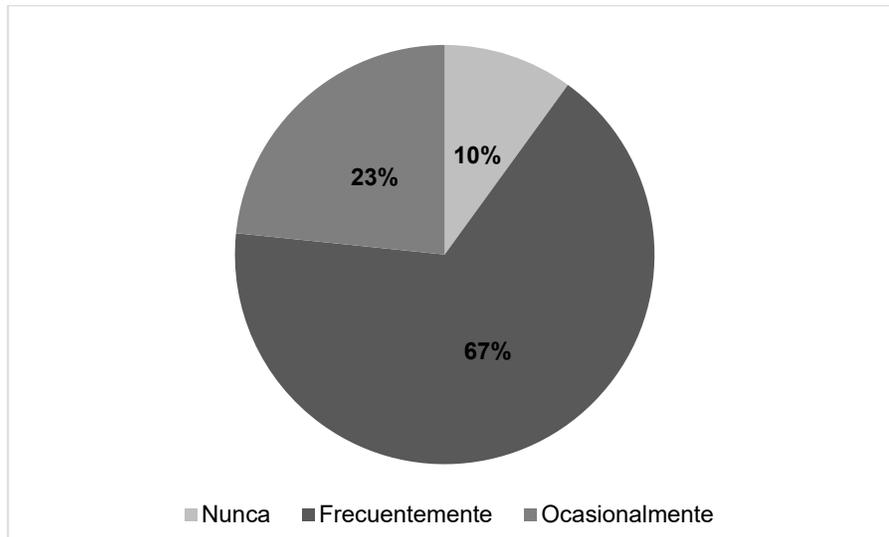


Figura A1. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Satisfacción con el uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor.

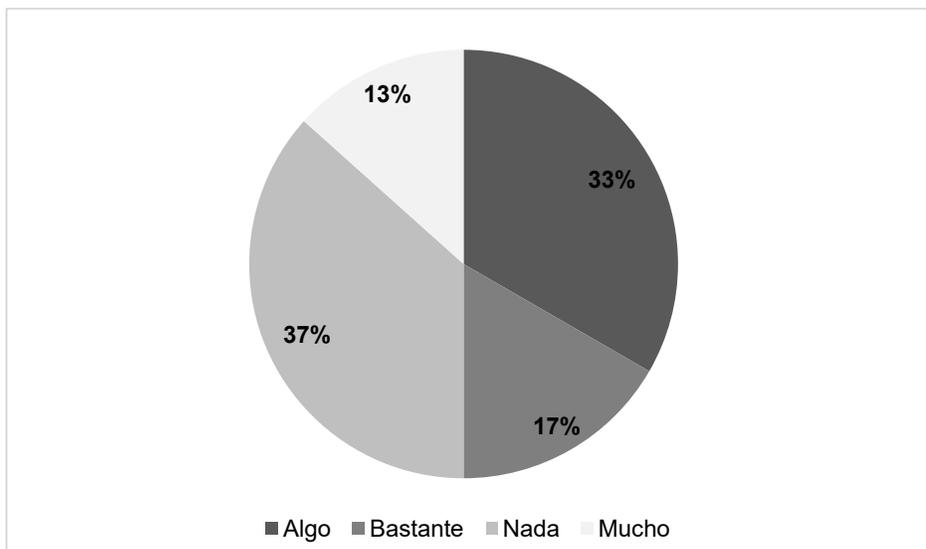


Figura A2. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A4

Importancia de los componentes de la calidad de vida para la población adulta mayor en orden de valoración. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

Imp	Componente	Población	Componente	Población	Componente	Población
1°	Salud	24 (80 %)	-	-	-	-
2°	Mantener buenas relaciones familiares y sociales	11 (37 %)	Poder valerme por mí mismo	8 (27 %)	Tener una buena pensión o renta	4 (13 %)
3°	Tener una buena pensión o renta	7 (23 %)	Poder valerme por mí mismo	6 (20 %)	Tener una vivienda buena y cómoda	5 (16 %)

Nota: Imp. = Importancia según la población adulta mayor en orden de valoración.

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

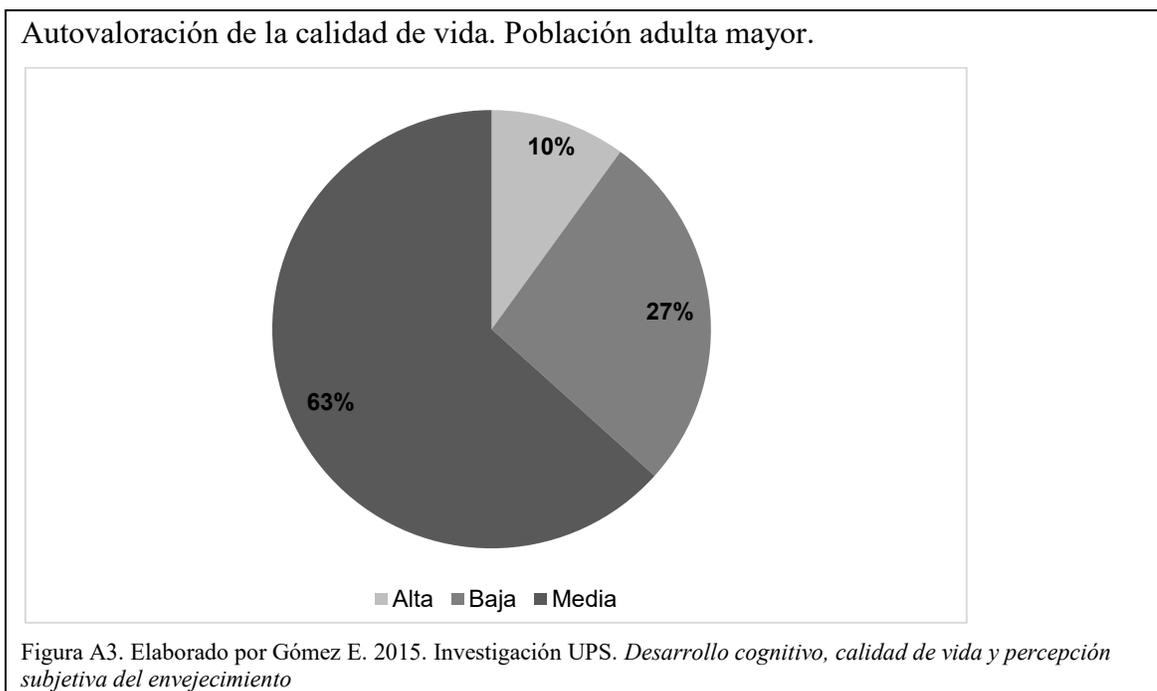
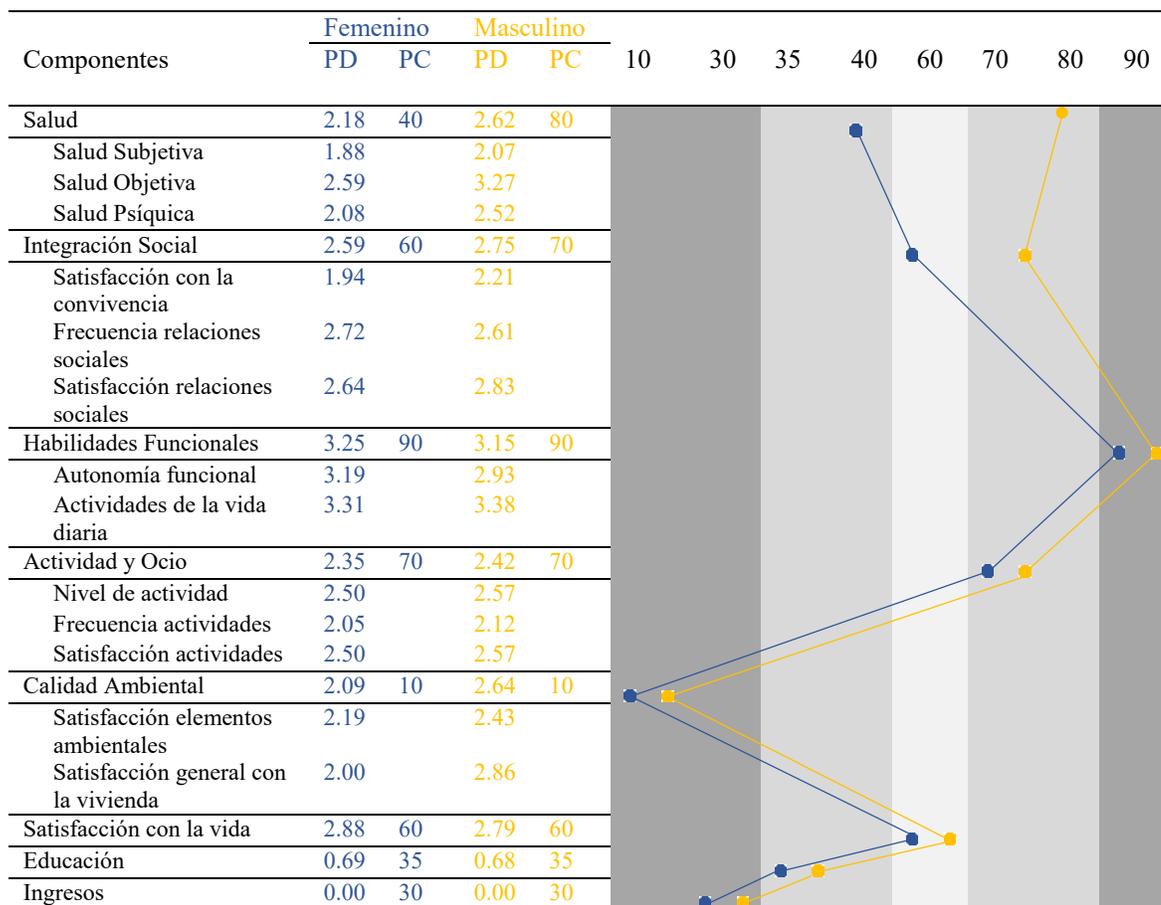


Tabla A5

Perfil CUBRECAVI. Población adulta mayor distribuida por género. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.



Nota: PD=Puntaje directo; PC=Percentil baremo CUBRECAVI

Adaptado de (Fernandez y Zamarrón, 2007, p. 45) por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Frecuencia de uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor distribuida por género

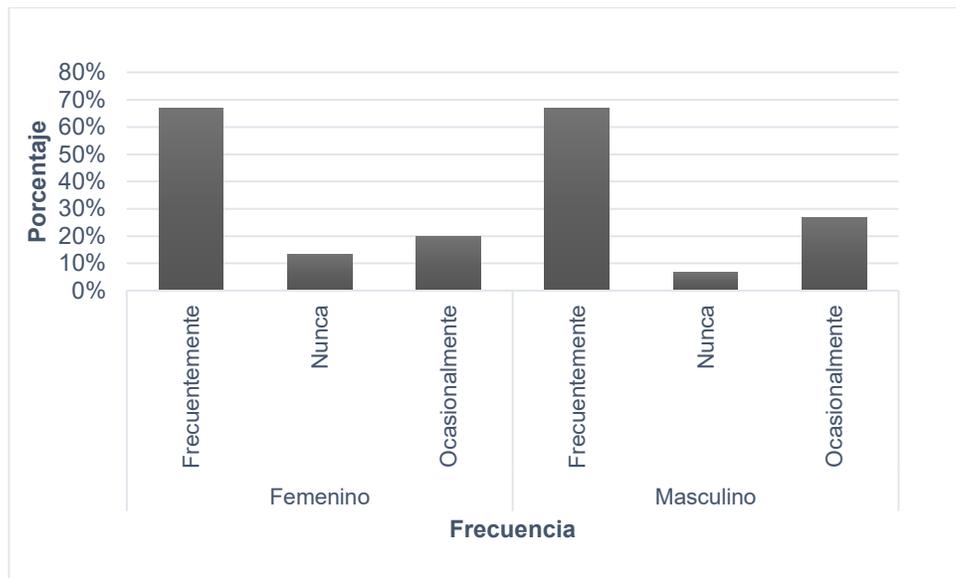


Figura A4. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Satisfacción con el uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor distribuida por género

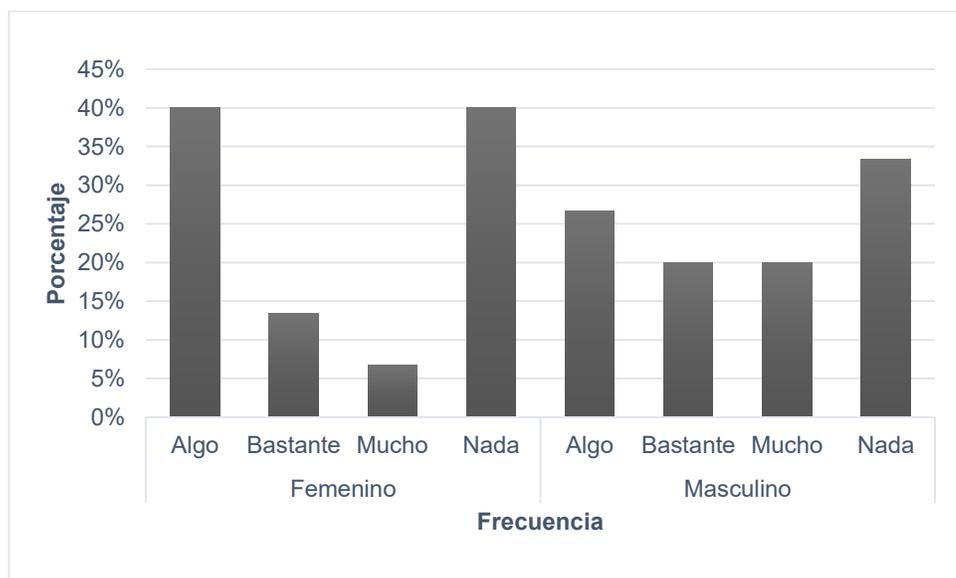


Figura A5. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A6

Importancia de los componentes de la calidad de vida para la población adulta mayor distribuida por género, en orden de valoración. Yuruquí. Mayo-agosto 2015.

Género	Importancia	Componente	Población	Componente	Población
Femenino	1°	Salud	13 (81 %)	-	-
	2°	Mantener buenas relaciones sociales y familiares	8 (50 %)	Poder valerme por mí mismo	3 (19 %)
	3°	-	-	-	-
Masculino	1°	Salud	11 (79 %)	-	-
	2°	Poder valerme por mí mismo	5 (36 %)	Mantener buenas relaciones sociales y familiares	3 (21 %)
	3°	Poder valerme por mí mismo	4 (29%)	Tener una buena pensión o renta	4 (29%)

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Autovaloración de la calidad de vida. Población adulta mayor distribuida por género.

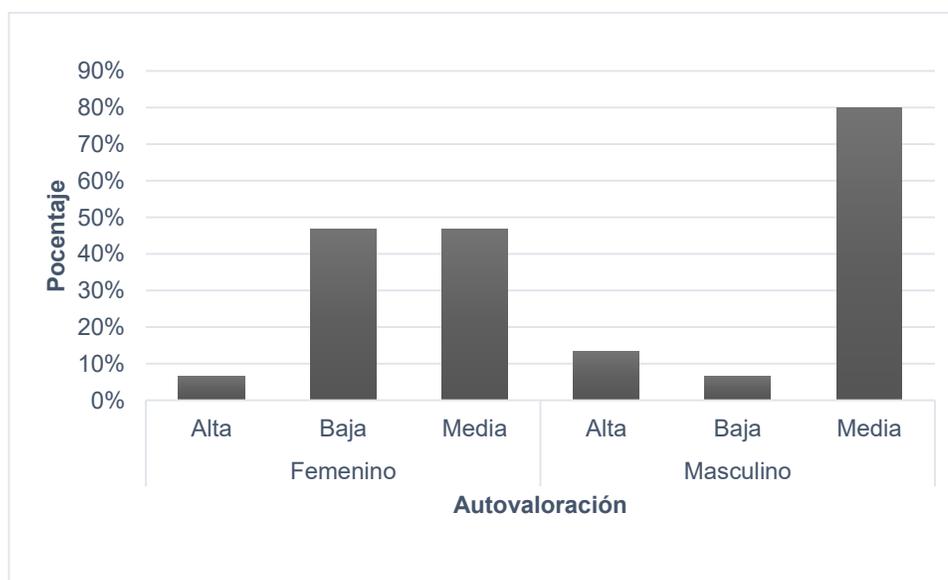
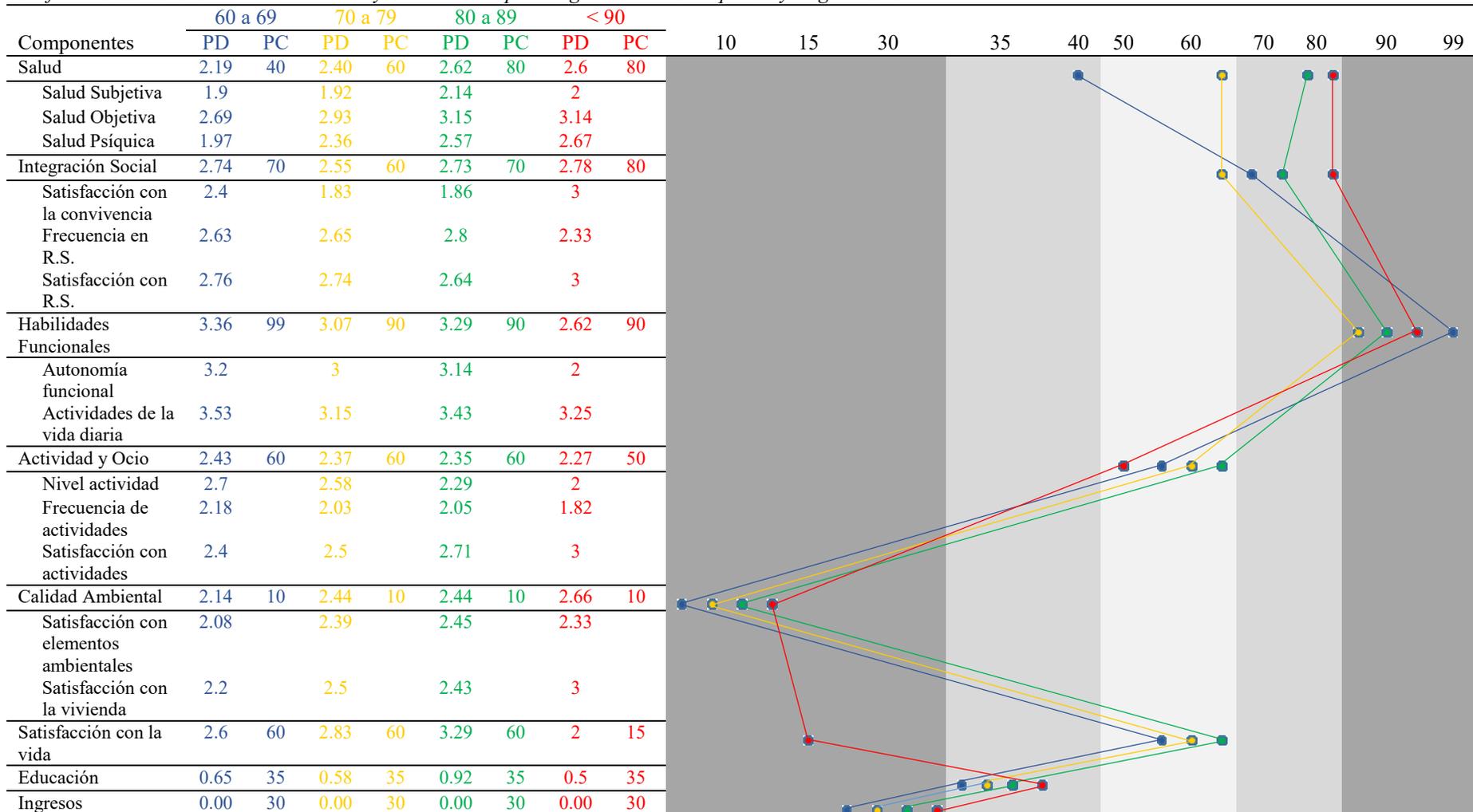


Figura A6. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A7

Perfil CUBRECAVI. Población adulta mayor distribuida por rango de edad. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.



Nota: Adaptado de (Fernandez y Zamarrón, 2007, p. 45) por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Frecuencia de uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor distribuida por rango de edad.

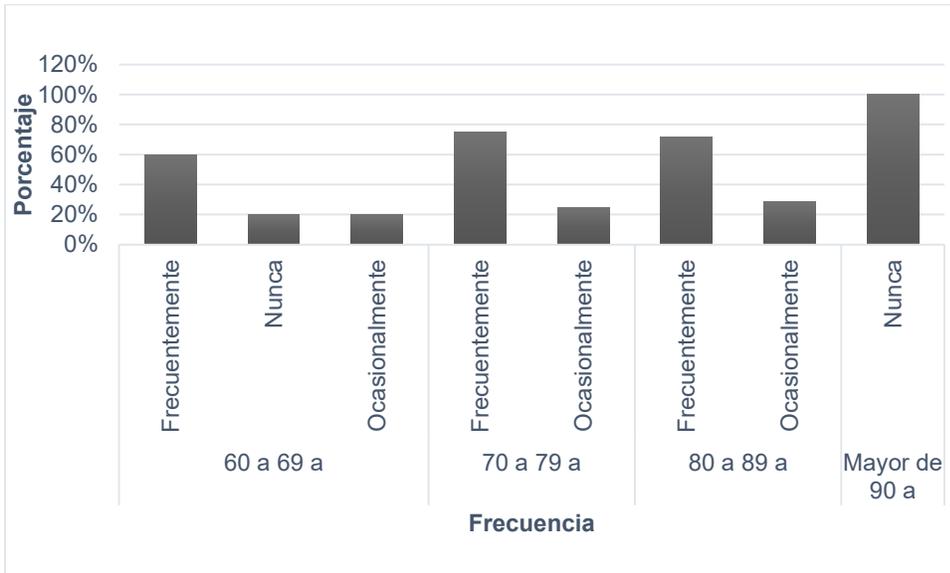


Figura A7. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*).

Satisfacción con el uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor distribuida por rango de edad.

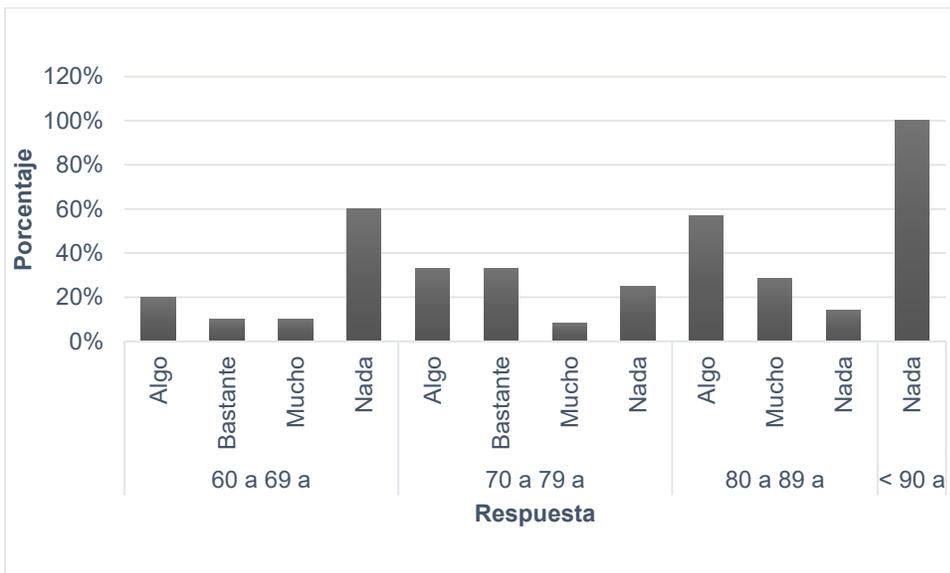


Figura A8. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A8

Importancia de los componentes de la calidad de vida para la población adulta mayor distribuida por rango de edad. Yaruquí, en orden de valoración. Mayo-agosto 2015.

Rango de edad	Importancia	Componente	Población	Componente	Población
60 a 69 años	1°	Salud	6 (60 %)	-	-
	2°	Valerme por mí mismo	4 (40 %)	Mantener buenas relaciones familiares y sociales	3 (30 %)
	3°	-	-	-	-
70 a 70 años	1°	Salud	11 (92 %)	-	-
	2°	Mantener buenas relaciones familiares y sociales	4 (33 %)	-	-
	3°	Valerme por mí mismo	5 (42 %)	-	-
80 a 89 años	1°	Salud	6 (86 %)	-	-
	2°	Mantener buenas relaciones familiares y sociales	3 (43 %)	Valerme por mí mismo	-
	3°	-	-	-	-
Mayor de 90 años	1°	Salud	1 (100%)	-	-
	2°	Mantener buenas relaciones familiares y sociales	1 (100%)	-	-
	3°	Buena pensión o renta	1 (100%)	-	-

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Autovaloración de la calidad de vida. Población adulta mayor distribuida por rango de edad.

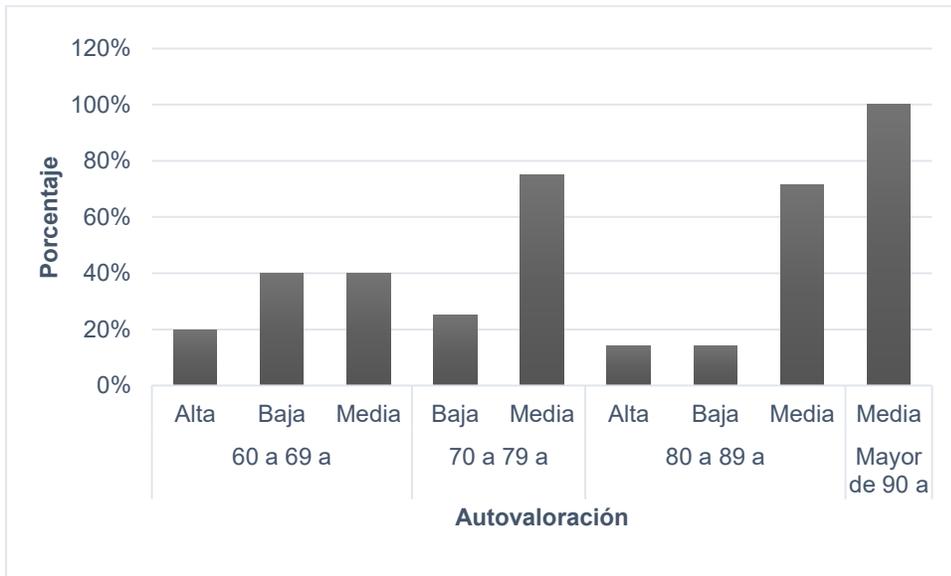
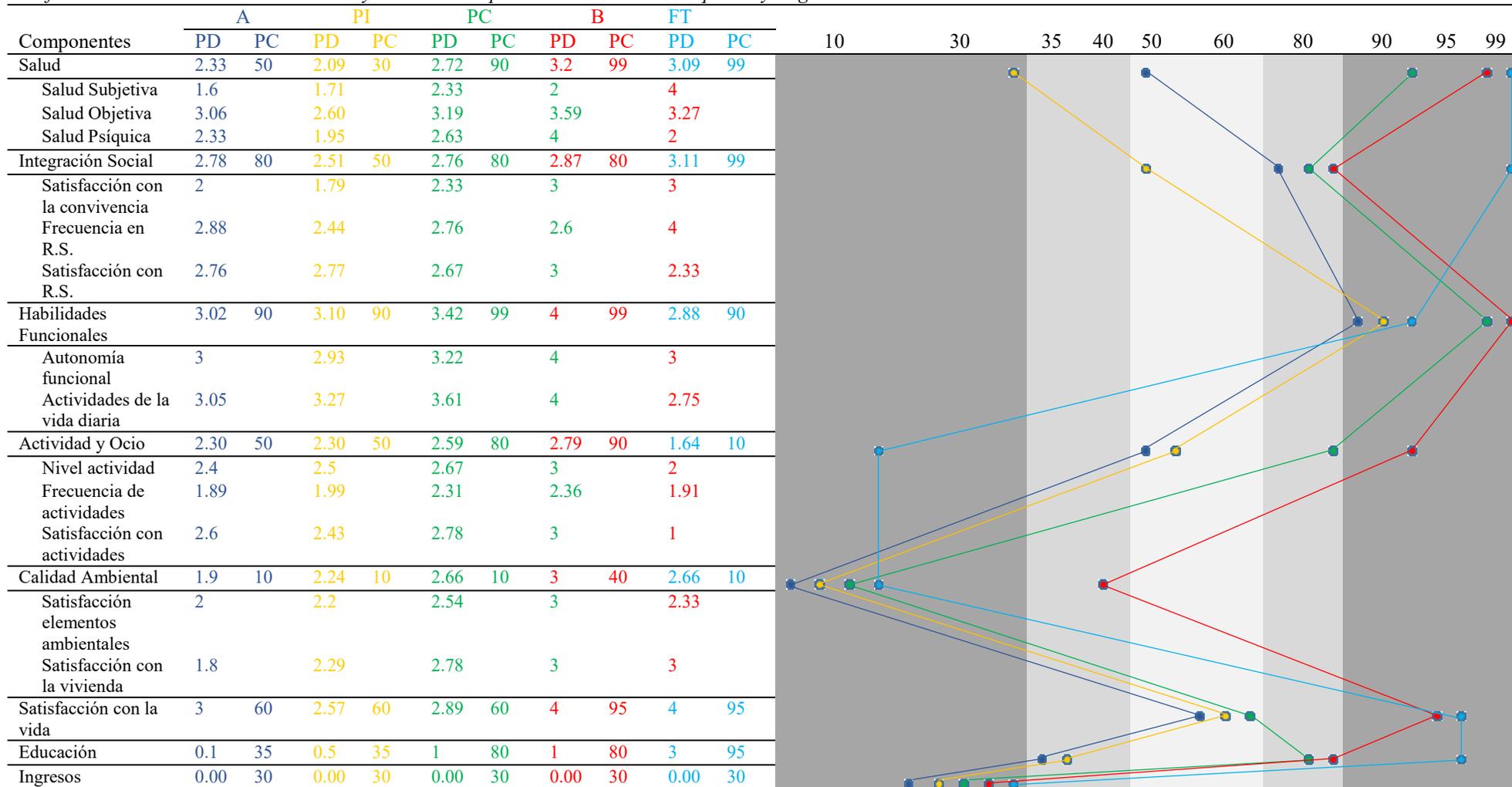


Figura A9. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A9
 Perfil CUBRECAVI. Población adulta mayor distribuida por nivel educativo. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.



Nota: Adaptado de (Fernandez y Zamarrón, 2007, p. 45) por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Uso de servicios sociales y sanitarios. Población distribuida por nivel educativo.

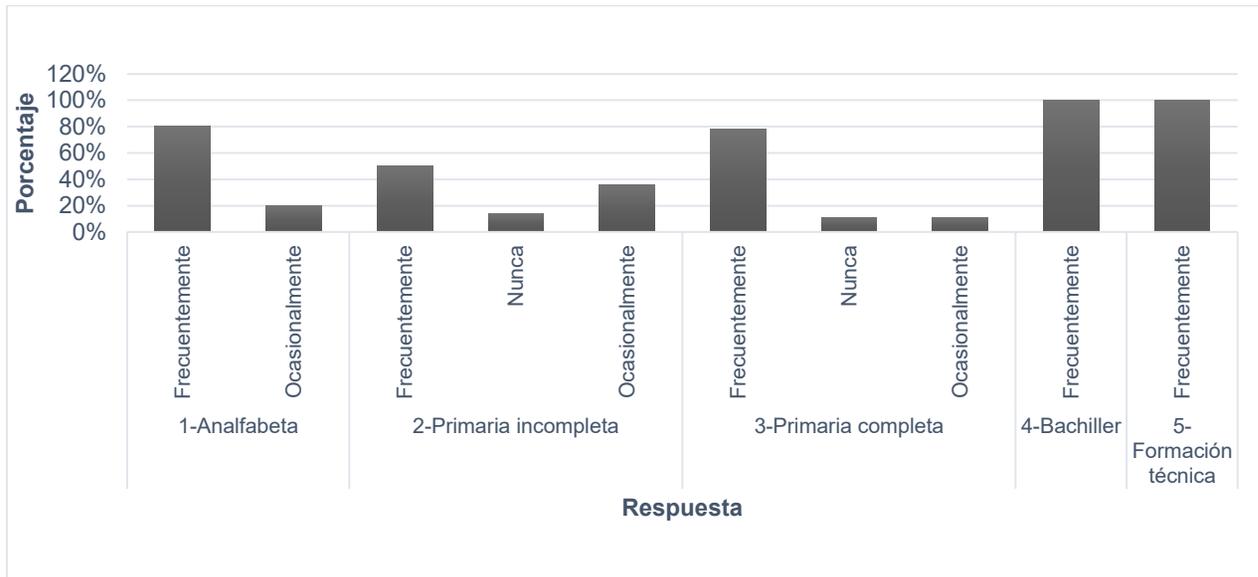


Figura A10. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Satisfacción con el uso de los servicios sociales y sanitarios. Población adulta mayor distribuida por nivel educativo



Figura A11. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A10

Importancia de los componentes de la calidad de vida para la población adulta mayor distribuida por nivel educativo, en orden de valoración. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

Nivel educativo	Importancia	Componente	Población	Componente	Población
Analfabeta	1°	Salud	4 (80%)	-	-
	2°	Mantener buenas relaciones familiares y sociales	2 (40%)	-	-
	3°	-	-	-	-
Primaria incompleta	1°	Salud	11 (79%)	-	-
	2°	Mantener buenas relaciones familiares y sociales	6 (43%)	Tener buena pensión o renta	4 (29%)
	3°	Valerme por mí mismo	4 (29%)	Tener una buena pensión o renta	3 (21%)
Primaria completa	1°	Salud	7 (78%)	-	-
	2°	Valerse por sí mismo	5 (56%)	-	-
	3°	Tener una vivienda buena y cómoda	3 (33%)	-	-
Bachiller	1°	Salud	1 (100%)	-	-
	2°	Valerme por mí mismo	1 (100%)	-	-
	3°	Mantenerme activo	1 (100%)	-	-
Formación técnica	1°	Salud	1 (100%)	-	-
	2°	Mantener buenas relaciones familiares y sociales	1 (100%)	-	-
	3°	Tener una buena pensión o renta	1 (100%)	-	-

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Autovaloración de la calidad de vida. Población adulta mayor distribuida por nivel educativo.

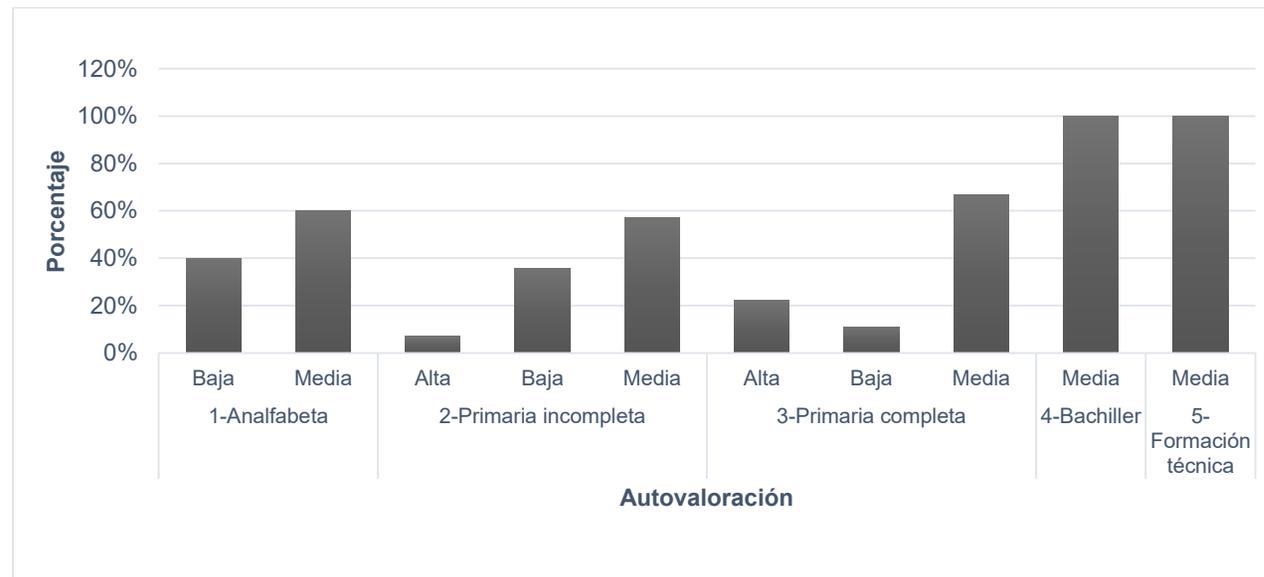


Figura A12. Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

10.1 Puntuaciones por componente de la calidad de vida

Tabla A11

SALUD. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

Distribución	Población	Media (\bar{x})	Desvío estándar (DS)	Percentil	NIVEL
Población total	30 (100%)	2.38	0.60	60	NIVEL MEDIO
Por género					
Femenino	16 (53%)	2.18	0.65	40	NIVEL BAJO
Masculino	14 (47%)	2.62	0.46	80	NIVEL MUY ALTO
Por rango de edad					
60 a 69	10 (33%)	2.19	0.65	40	NIVEL BAJO
70 a 79	12 (40%)	2.40	0.61	60	NIVEL MEDIO
80 a 89	7 (23%)	2.62	0.54	80	NIVEL MUY ALTO
Mayor de 90	1 (3%)	2.6	0	80	NIVEL MUY ALTO
Por nivel educativo					
Analfabeta	5 (17%)	2.33	0.38	50	NIVEL MEDIO
Primaria	14 (47%)	2.09	0.61	30	NIVEL MUY BAJO
Incompleta					
Primaria	9 (30%)	2.72	0.46	90	NIVEL MUY ALTO
completa					
Bachiller	1 (3%)	3.20	0.00	99	NIVEL MUY ALTO
Formación	1 (3%)	3.09	0.00	99	NIVEL MUY ALTO
técnica					

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A12

INTEGRACIÓN SOCIAL. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

Distribución	Población	Media (\bar{X})	Desvío estándar (DS)	Percentil	NIVEL
Población total	30 (100%)	2.66	0.48	70	NIVEL ALTO
Por género					
Femenino	16 (53%)	2.59	0.61	60	NIVEL MEDIO
Masculino	14 (47%)	2.75	0.25	70	NIVEL ALTO
Por rango de edad					
60 a 69	10 (33%)	2.74	0.37	70	NIVEL ALTO
70 a 79	12 (40%)	2.55	0.56	60	NIVEL MEDIO
80 a 89	7 (23%)	2.73	0.51	70	NIVEL ALTO
Mayor de 90	1 (3%)	2.78	0.00	80	NIVEL MUY ALTO
Por nivel educativo					
Analfabeta	5 (17%)	2.78	0.60	80	NIVEL MUY ALTO
Primaria incompleta	14 (47%)	2.51	0.49	50	NIVEL MEDIO
Primaria completa	9 (30%)	2.76	0.40	80	NIVEL MUY ALTO
Bachiller	1 (3%)	2.87	0.00	80	NIVEL MUY ALTO
Formación técnica	1 (3%)	3.11	0.00	99	NIVEL MUY ALTO

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A13

HABILIDADES FUNCIONALES. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

Distribución	Población	Media (\bar{X})	Desvío estándar (DS)	Percentil	NIVEL
Población total	30 (100%)	3.20	0.62	90	NIVEL MUY ALTO
Por género					
Femenino	16 (53%)	3.25	0.57	90	NIVEL MUY ALTO
Masculino	14 (47%)	3.15	0.70	90	NIVEL MUY ALTO
Por rango de edad					
60 a 69	10 (33%)	3.36	0.66	99	NIVEL MUY ALTO
70 a 79	12 (40%)	3.07	0.72	90	NIVEL MUY ALTO
80 a 89	7 (23%)	3.29	0.34	90	NIVEL MUY ALTO
Mayor de 90	1 (3%)	2.62	0.00	90	NIVEL MUY ALTO
Por nivel educativo					
Analfabeta	5 (17%)	3.02	0.75	90	NIVEL MUY ALTO
Primaria incompleta	14 (47%)	3.10	0.60	90	NIVEL MUY ALTO
Primaria completa	9 (30%)	3.42	0.60	99	NIVEL MUY ALTO
Bachiller	1 (3%)	4	0.00	99	NIVEL MUY ALTO
Formación técnica	1 (3%)	2.88	0.00	90	NIVEL MUY ALTO

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A14

ACTIVIDAD Y OCIO. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

Distribución	Población	Media (X)	Desvío estándar (DS)	Percentil	NIVEL
Población total	30 (100%)	2.38	0.45	60	NIVEL MEDIO
Por género					
Femenino	16 (53%)	2.35	0.48	60	NIVEL MEDIO
Masculino	14 (47%)	2.42	0.44	60	NIVEL MEDIO
Por rango de edad					
60 a 69	10 (33%)	2.43	0.50	60	NIVEL MEDIO
70 a 79	12 (40%)	2.37	0.49	60	NIVEL MEDIO
80 a 89	7 (23%)	2.35	0.43	60	NIVEL MEDIO
Mayor de 90	1 (3%)	2.27	0.00	50	NIVEL MEDIO
Por nivel educativo					
Analfabeta	5 (17%)	2.30	0.41	50	NIVEL MEDIO
Primaria incompleta	14 (47%)	2.30	0.47	50	NIVEL MEDIO
Primaria completa	9 (30%)	2.59	0.40	80	NIVEL MUY ALTO
Bachiller	1 (3%)	2.79	0.00	90	NIVEL MUY ALTO
Formación técnica	1 (3%)	1.64	0.00	10	NIVEL MUY BAJO

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A15

CALIDAD AMBIENTAL. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

Distribución	Población	Media (K)	Desvío estándar (DS)	Percentil	NIVEL
Población total	30 (100%)	2.35	0.60	10	NIVEL MUY BAJO
Por género					
Femenino	16 (53%)	2.09	0.60	10	NIVEL MUY BAJO
Masculino	14 (47%)	2.64	0.45	10	NIVEL MUY BAJO
Por rango de edad					
60 a 69	10 (33%)	2.14	0.71	10	NIVEL MUY BAJO
70 a 79	12 (40%)	2.44	0.55	10	NIVEL MUY BAJO
80 a 89	7 (23%)	2.44	0.55	10	NIVEL MUY BAJO
Mayor de 90	1 (3%)	2.66	0.00	10	NIVEL MUY BAJO
Por nivel educativo					
Analfabeta	5 (17%)	1.9	0.61	10	NIVEL MUY BAJO
Primaria incompleta	14 (47%)	2.24	0.61	10	NIVEL MUY BAJO
Primaria completa	9 (30%)	2.66	0.43	10	NIVEL MUY BAJO
Bachiller	1 (3%)	3	0.00	40	NIVEL BAJO
Formación técnica	1 (3%)	2.66	0.00	10	NIVEL MUY BAJO

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A16

SATISFACCIÓN CON LA VIDA. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

Distribución	Población	Media (\bar{X})	Desvío estándar (DS)	Percentil	NIVEL
Población total	30 (100%)	2.8	0.87	60	NIVEL MEDIO
Por género					
Femenino	16 (53%)	2.87	0.95	60	NIVEL MEDIO
Masculino	14 (47%)	2.79	0.80	60	NIVEL MEDIO
Por rango de edad					
60 a 69	10 (33%)	2.60	1.07	60	NIVEL MEDIO
70 a 79	12 (40%)	2.83	0.71	60	NIVEL MEDIO
80 a 89	7 (23%)	3.29	0.76	60	NIVEL MEDIO
Mayor de 90	1 (3%)	2.00	0.00	15	NIVEL MUY BAJO
Por nivel educativo					
Analfabeta	5 (17%)	3.00	1.00	60	NIVEL MEDIO
Primaria incompleta	14 (47%)	2.57	0.65	60	NIVEL MEDIO
Primaria completa	9 (30%)	2.89	1.05	60	NIVEL MEDIO
Bachiller	1 (3%)	4.00	0.00	95	NIVEL MUY ALTO
Formación técnica	1 (3%)	4.00	0.00	95	NIVEL MUY ALTO

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A17

EDUCACIÓN. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

Distribución	Población	Media (\bar{X})	Desvío estándar (DS)	Percentil	NIVEL
Población total	30 (100%)	0.68	0.55	35	NIVEL BAJO
Por género					
Femenino	16 (53%)	0.68	0.7	35	NIVEL BAJO
Masculino	14 (47%)	0.68	0.31	35	NIVEL BAJO
Por rango de edad					
60 a 69	10 (33%)	0.65	0.34	35	NIVEL BAJO
70 a 79	12 (40%)	0.58	0.29	35	NIVEL BAJO
80 a 89	7 (23%)	0.92	1.01	35	NIVEL BAJO
Mayor de 90	1 (3%)	0.5	0.00	35	NIVEL BAJO
Por nivel educativo					
Analfabeta	5 (17%)	0.1	0.22	35	NIVEL BAJO
Primaria incompleta	14 (47%)	0.5	0.00	35	NIVEL BAJO
Primaria completa	9 (30%)	1.00	0.00	80	NIVEL MUY ALTO
Bachiller	1 (3%)	1.00	0.00	80	NIVEL MUY ALTO
Formación técnica	1 (3%)	3.00	0.00	80	NIVEL MUY ALTO

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Tabla A18

INGRESOS. Medidas de tendencia central. Yaruquí. Mayo-agosto 2015.

Distribución	Población	Media ()	Desvío estándar (DS)	Percentil	NIVEL
Población total	30 (100%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
Por género					
Femenino	16 (53%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
Masculino	14 (47%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
Por rango de edad					
60 a 69	10 (33%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
70 a 79	12 (40%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
80 a 89	7 (23%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
Mayor de 90	1 (3%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
Por nivel educativo					
Analfabeta	5 (17%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
Primaria incompleta	14 (47%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
Primaria completa	9 (30%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
Bachiller	1 (3%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO
Formación técnica	1 (3%)	0.00	0.00	30	NIVEL MUY BAJO

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Diferencias entre los resultados de la muestra y el baremo normativo.

Tabla A19

Diferencias entre los resultados de la muestra y población de referencia CUBRECAVI. Yaruquí. Mayo-agosto 2015, versus baremo normativo encuentra CUBRECAVI.

Componente	Población	Media (\bar{X})	Desvío estándar (DS)	Valor de p	Nivel
Salud	Muestra	2.38	0.60	NS	NIVEL MEDIO
	Baremo	2.25	0.34		NIVEL BAJO
Habilidades funcionales	Muestra	3.20	0.62	0.0001	NIVEL MUY ALTO
	Baremo	2.48	0.34		NIVEL MEDIO
Actividad y ocio	Muestra	2.38	0.45	NS	NIVEL MEDIO
	Baremo	2.21	0.45		NIVEL MEDIO
Calidad ambiental	Muestra	2.35	0.60	0.0001	NIVEL MUY BAJO
	Baremo	2.85	0.35		NIVEL ALTO
Satisfacción con la vida	Muestra	2.8	0.87	NS	NIVEL MEDIO
	Baremo	2.82	0.79		NIVEL MEDIO
Educación	Muestra	0.68	0.55	NS	NIVEL MUY BAJO
	Baremo	0.73	0.62		NIVEL MUY BAJO
Ingresos	Muestra	0.00	0.00	0.0001	NIVEL MUY BAJO
	Baremo	0.87	0.61		NIVEL MEDIO
Integración social	Muestra	2.66	0.48	0.013	NIVEL MUY ALTO
	Baremo	2.33	0.72		NIVEL MUY ALTO

Nota: Población Muestra. Los valores de media y desvío estándar se obtuvieron de la muestra del presente estudio. *Población Baremo.* Los valores fueron tomados de Fernández y Zamarrón, 2007, p 30. Proviene de población de nacionalidad española, citada por Fernández y Zamarrón, a la cual se aplicó CUBRECAVI. Estas cifras se usan como referencia (datos normativos) para comparar los resultados que se obtengan al aplicar la prueba en la comunidad (distinto de hacerlo en residencias para adultos mayores, en cuyo caso los valores son distintos).

Los valores de p, se calcularon aplicando una prueba t con corrección de Welch (“unpaired t test with Welch’s correction”).

Nota: Adaptado de (Fernández y Zamarrón, 2007, p. 30) por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Notas de Campo

Al explorar el estado de salud, un importante porcentaje de la población indicó tener sintomatología física de tipo osteoarticular, que dificultaba la realización de sus actividades diarias, las mismas que tenían que ser realizadas a fuerza porque no contaban con ayuda. Se registraron expresiones como “hago las cosas porque tengo que hacerlas quien más me va a dar haciendo, a uno mismo le toca”, “así, aunque sufriendo hay que

seguir”, “con molestias hay que hacer las cosas, no hay que dejarse”.

Al respecto de la integración social se observaron conductas como: colaborar económicamente con lo que estaba a su alcance para hacer llegar a una compañera del grupo que estaba enferma, muestras de solidaridad con una compañera que tenía a su madre enferma, las personas se acercaban a preguntar por su salud a los familiares, les enviaban saludos y sus mejores deseos para que mejoren, las encomendaban a Dios y daban palabras de aliento; la solidaridad también estuvo presente en acciones como compartir alimentos con el grupo. Por otra parte, se apreció la importancia que tiene el grupo de adultos mayores en la población investigada, en frases como: “espero que lleguen los días en los que nos reunimos”, “me gusta venir al grupo, me distraigo, aprendo cosas nuevas”, “me gusta porque nos hacen bailar y hacer ejercicios”.

Al indagar sobre el componente actividad y ocio, en las preguntas acerca de ir de compras y viajar, un alto porcentaje respondió que viajaba con frecuencia en el siguiente sentido: “yo viajo a veces los fines de semana al Quinche (parroquia cercana a Yaruquí) a comprar las cosas son más baratas ahí”, “yo viajo a comprar los fines de semana al mercado”, “voy de compras a Yaruquí”, “salgo a comprar algo en la tienda”. Mencionaron también, “viajamos ocasionalmente cuando se organizan paseos con el grupo de adultos mayores”.

Al indagar los hábitos de lectura frecuentemente expresan la lectura de la biblia y el periódico.

Al explorar calidad ambiental, surgieron expresiones respecto a su vivienda como:

“que muebles voy a tener, si no tengo nada”, “una mesita vieja para comer con unas sillitas, la camita vieja eso no más tengo”, “estoy satisfecha con los muebles que tengo que más voy hacer hay que conformarse con lo que se tiene”, “electrodomésticos, que electrodomésticos, la cocinita nada más”, “si estoy conforme que más queda, conformarse con lo que hay, estoy satisfecha con mi casa”.

Al indagar sobre sus respuestas para “satisfacción con la vida”, indicaron: “No contamos con ingresos que nos permitan adquirir lo que necesitamos”, “de todo el grupo apenas dos o tres personas cuentan con jubilación el resto tenemos que salir adelante como se pueda y a nuestra edad es difícil”.

Respecto de la educación se recogieron expresiones tales como: “si hubiera estudiado estaría mejor económicamente, pero que va, apenas y terminé la escuela”, “para nuestros padres la educación no era importante con que aprendamos un poco a leer y escribir era suficiente”, “me hubiese gustado aprender computación yo hubiese sido muy buena en eso”, “nuestros padres nos hacían trabajar desde pequeños y así aportábamos en la casa”, “ un día no lleve la tarea y la maestra me pegó en la cabeza con una regla y se abrió, sangrando me fui y me lavé la cabeza en una cocha de agua y nunca más volví a la escuela, ahora me arrepiento me hubiese gustado aprender”, “me habría gustado estudiar, pero los padres no nos hacían estudiar antes”, “para la mujer era más difícil acceder a la escuela, porque generalmente a las mujeres nos enseñaban a cocinar, a preparar la chicha, las tortillas y nos decían que eso debíamos aprender para atender a los maridos cuando nos casemos”.

Al investigar sobre los ingresos, los participantes se manifestaron en los siguientes

términos: “no cuento con dinero, mis hijos me ayudan con comidita o me dan para algo”, “el poco dinero que tengo viene de la venta de lo que cultivo, o de animalitos que se venden”, “dinero no tengo, así a veces mis hijos me dejan unos cinco o diez dolaritos para alguna cosita, por suerte tengo para comer lo que cultivo”, “voy a ir hoy a ver si me dan trabajo en una hacienda, tengo que caminar bien voy a tratar de caminar recto para que no vayan a decir que no voy a poder trabajar, mi plan es que me den el trabajo, yo me hago responsable y como no puedo trabajar voy a contratar a otra persona que me ayude, le pago con mi sueldo y me quedo con alguito, diga usted peor es no tener nada, a veces uno tiene ganas de algo, un pancito, una golosinita no hay dinero, ojalá me den el trabajo”, “tengo algo de dinero cuando hay trabajo, a veces me llaman a deshierbar o cosechar ahí consigo platita pero no siempre hay trabajo”, “cuando le ayudo a mi hija a quitar los rabos de las frutillas me da alguna cosita”, “es duro no tener dinero, llevo la pierna hinchada más de dos semanas fui al médico me dio la receta y no tengo con que comprar”, “me enviaron a hacer exámenes, pero no tengo plata para ir”,

En menor número, otras personas indicaron: “vivo de mi jubilación”, “tengo unos cuartitos de arriendo así me ayudo económicamente”, “tengo por ahí unos ahorritos que me ayudan a sobrevivir, pero estos se me están acabando y no sé qué voy hacer, estoy pensando en ponerme un negocito de algo, pero me preocupa todo lo que son los permisos, los impuestos, no sé cómo hacer esos trámites”.

En lo referente a los servicios sociales y sanitarios la población que no estaba satisfecha con los servicios indicó: “voy al hospital de Yaruquí porque no hay dinero para ir a otro lado”, “a uno le tratan mal, porque no escuchamos bien lo que nos preguntan o a

veces no entendemos y son groseros, no tienen paciencia para explicarnos y no siempre es posible ir acompañada de nuestros familiares”, “nos ven la cara, haciendo un esfuerzo le llevo a mi esposo, él no puede caminar bien, porque supuestamente nos iban a atender ese día, llegamos y más lo que nos hacen esperar y luego la doctora nos dice que ese día era solo para coger cita y que no debíamos ir, solo enviar la lista con el presidente del grupo, así nos maltratan”, “no nos atienden enseguida, nos hacen esperar y son groseros”, “ofrecen consultas médicas aquí en el grupo y nos hacen ir de gana”, “se burlan de nosotros”. Se observó también el descontento porque en determinada ocasión, según indican, sin previo aviso, reunidos en el grupo, se les comunicó por teléfono que va una buseta a recogerles, que tienen que acompañar a autoridades oficiales a una reunión o programa fuera de Yaruquí; varios no acudieron porque según su criterio: “no hay respeto, porque no avisan con tiempo para venir preparados”, “acaso somos muñecos para que nos lleven de un lado al otro sin avisar”, “tenemos familia a quien avisar si vamos a salir ¿a qué hora vamos a regresar? No podemos irnos así.”.

Las personas que manifestaron sentirse satisfechas con los servicios sociales y sanitarios indicaron: “los servicios en el hospital de Yaruquí han mejorado muchísimo”, “yo voy y me han atendido amablemente”, “tenemos doctores de calidad”.

11. Análisis de los resultados

Como se cita en la Tabla M1, en el presente estudio se definieron puntos de corte (“cutoffs”) para clasificar en niveles, a las puntuaciones obtenidas por los participantes, esto se hizo necesario dado que CUBRECAVI no ofrece una puntuación global sino varias por cada componente de CV evaluado. El cuestionario, emplea una tabla de conversión

de las puntuaciones a percentiles por cada componente o subcomponente (Fernández y Zamarrón 2007, p. 53). A su vez, los percentiles se construyeron, partiendo de los datos de la muestra en la que se basó CUBRECAVI (población española), (Fernández y Zamarrón 2007). Ahora bien, la clasificación usando puntos de corte, no pretende ser un aporte de la autora, a la metodología definida por Fernández y Zamarrón para la interpretación de los resultados de CUBRECAVI, pero dado que facilita la comparación de resultados, su comunicación y otros aspectos operacionales, resulta recomendable. A continuación, se analizan por componentes los hallazgos más relevantes del presente estudio. Cuando es pertinente, se cita el valor de p para indicar el grado de significación estadística de un resultado.

11.1 Salud

En la muestra el componente salud alcanzó un puntaje que lo situó en el percentil 60 (NIVEL MEDIO) (*ver tabla A11*).

En la distribución de la población por género sobresalen diferencias, así el grupo masculino obtuvo un puntaje que lo ubica en el percentil 80 (NIVEL MUY ALTO), mientras que el grupo femenino se ubicó en el percentil 40 (NIVEL BAJO) ($p = 0.0401$) (*ver tabla A11*). La población femenina obtuvo puntajes menores en todos los subcomponentes de salud (*ver tabla A5*), siendo significativo en *salud objetiva* ($p = 0.0024$).

Al distribuir la población por rango de edad, la tendencia fue situarse en un percentil mayor conforme aumenta la edad (*ver tabla A11*). Este resultado podría estar en relación con la proporción de mujeres en cada rango de edad. Fue mayor entre los 60 y 69 años,

disminuyendo progresivamente en los grupos superiores (*ver tabla A1*).

En la distribución por nivel educativo, se observó que las personas con mayor nivel educativo obtuvieron a su vez, mayor puntaje, ubicándolas en y sobre el percentil 90 (NIVEL MUY ALTO) (*ver tabla A11*), si esta información se analiza con ANOVA de una vía, las diferencias entre las medias de estos grupos resultaron significativas ($p = 0.0219$).

11.2 Integración Social

Para el componente integración social se obtuvo un puntaje equivalente al percentil 70 (NIVEL ALTO) (*ver tabla A12*). Con valores de p superiores a 0.05 para las distribuciones por género, rango de edad y nivel educativo, la muestra se ubicó en percentiles que corresponden a (NIVEL ALTO y NIVEL MUY ALTO), a excepción de la población femenina en el grupo etario de 70 a 79 años y la población con nivel educativo -primaria incompleta- quienes se ubicaron en percentiles de (NIVEL MEDIO) (*ver tabla A12*).

11.3 Habilidades Funcionales

La muestra tiende a ubicarse en y sobre el percentil 90 (NIVEL MUY ALTO) (*ver tabla A13*). Igual tendencia se observó en la distribución de la población por género, rango de edad y nivel educativo. Los valores de p en todas las combinaciones superaron el umbral de 0.05.

11.4 Actividad y Ocio

En este componente se alcanzó un puntaje equivalente al percentil 60 (NIVEL MEDIO) (*ver tabla A14*). Al distribuir por género, rango de edad y nivel educativo se observó como tendencia, la ubicación en los percentiles 50 y 60 (NIVEL MEDIO) (*ver tabla A14*), a excepción de la población con nivel educativo primaria completa y bachiller que se ubican en los percentiles 80 y 90 (NIVEL MUY ALTO) (*ver tabla A14*) y formación técnica en el percentil 10 (NIVEL MUY BAJO) (*ver tabla A14*). En ninguna de las combinaciones se obtuvo un valor de p significativo.

Por otra parte, fueron marcadamente superiores los resultados obtenidos en los subcomponentes de actividad y ocio -nivel de actividad- y -satisfacción con las actividades- respecto del obtenido en -frecuencia de actividades- (*ver tablas: A3, A5, A7, A9*).

11.5 Calidad Ambiental

Para el componente calidad ambiental, la población tiende a ubicarse en el percentil 10 (NIVEL MUY BAJO) (*ver tabla A15*), de manera similar la población distribuida por género, rango de edad y nivel educativo, se ubican en el percentil 10 (NIVEL MUY BAJO) a excepción del nivel educativo bachiller que se sitúa en el percentil 40 (NIVEL BAJO) (*ver tabla A15*). Por género, lo varones obtuvieron mayor puntaje que las mujeres ($p = 0,0080$), en las otras combinaciones no se encontraron diferencias significativas.

11.6 Satisfacción con la Vida

En este componente, la población se ubicó en el percentil 60 (NIVEL MEDIO) (*ver tabla A16*). En las distribuciones por género, rango de edad o nivel educativo, se observa la misma tendencia (NIVEL MEDIO) (*ver tabla A16*), al tiempo que no se encontraron diferencias significativas en dichas distribuciones ($p > 0.05$).

11.7 Educación

Para el componente educativo la población tiende a ubicarse en el percentil 35 (NIVEL BAJO) (*ver tabla A17*). De igual forma en su distribución por género y rango de edad. Los resultados se explican porque el 17% (5) son analfabetas, el 77% (23) alcanzaron un nivel básico de estudios y solo el 6% (2) cuentan con nivel de estudios bachiller y formación técnica (*ver tabla A1*). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

11.8 Ingresos

Para el componente ingresos, la población investigada, distribuida por género, por rango de edad y por nivel educativo se ubicó en el percentil 30 (NIVEL MUY BAJO) (*ver tabla A18*). Así, el 60% (18) de la población tienen un ingreso mensual menor a \$100. El 27% (8) de la población cuenta con un ingreso mensual entre \$100 y \$300 mensuales y apenas 13% (4) de la población cuenta con ingresos mensuales ubicados entre \$300 y \$500 (*ver tabla A2*). Su principal fuente de ingresos es su trabajo y la ayuda de familiares, donde el 46% de la población cuenta con ayuda de hijos o familiares además de su trabajo para su

mantención, sus familiares proveen principalmente alimentos, el 20% (6) cuenta únicamente con ingresos que provienen de su trabajo, tales ingresos usualmente son bajos. El trabajo es eventual sin ingresos fijos. El 17% (5) de la población tiene como ingreso mensual \$50 que provienen del bono solidario. El 10% (3) cuenta con jubilación y el 3% (1) vive de sus ahorros (*ver tabla A2*).

11.9 Servicios Sociales y Sanitarios

El 66.70% de la población hace uso frecuente de los servicios sociales y sanitarios que ofrece la comunidad (*ver figura A1*). Por otra parte, los niveles de satisfacción son variados, siendo remarcable que el 37% expresa estar nada satisfechos con los servicios sociales y sanitarios sin embargo el 33% indican tener algún grado de satisfacción mientras que el 30% se muestra muy satisfecho con los servicios sociales y sanitarios de la comunidad (*ver figura A2*)

Una tendencia similar en cuanto al uso frecuente de los servicios sociales y sanitarios se observa en la población distribuida por género, rango de edad y nivel educativo (*ver figuras: A4, A7 y A11*).

En cuanto a los niveles de satisfacción con los servicios sociales y sanitarios, se observa que la población femenina se encuentra menos satisfecha con dichos servicios que la población masculina (*ver figura A5*). Así también, los datos indican que la población entre rangos de edad 60 a 69 y mayor de 90 años se encuentran menos satisfechos con los servicios sociales y sanitarios que la población entre rangos de edad 70 a 79 y 80 a 89 años de edad (*ver figura A8*). Para la población distribuida por nivel

educativo los resultados muestran que el grupo con nivel educativo primaria incompleta es el menos satisfecho, mientras que los grupos con nivel educativo bachiller y formación se encuentran muy satisfechos con los servicios sociales y sanitarios (*ver figura A11*).

11.10 Importancia de los componentes de la calidad de vida

Los componentes de calidad de vida más valorados por la población fueron: -salud- como primera elección; como segunda opción los componentes seleccionados por la población en orden de importancia fueron -mantener buenas relaciones familiares y sociales- seguido por -poder valerme por mí mismo-, y -tener una buena pensión o renta-; como tercera opción los componentes elegidos por la población en orden de importancia fueron -tener una buena pensión o renta-, -poder valerme por mí mismo- y tener una vivienda buena y cómoda- (*ver tabla A4*).

En la distribución de la población por género, tanto hombres como mujeres escogieron la -salud- como primera opción, sin embargo, en la segunda opción sobresalen diferencias, el grupo femenino valora primero las -relaciones sociales y familiares- mientras que el grupo masculino optó por -valerse por sí mismo-. Como tercera opción el grupo masculino valora por igual -tener una buena pensión o renta- y -valerme por mí mismo-, mientras que en el grupo de las mujeres no se evidencia una elección como tercera opción (*ver figura A5*).

La población distribuida por rango de edad y nivel educativo escogió la “salud” como primera opción, como segunda opción los componentes más valorados fueron “mantener buenas relaciones familiares y sociales” y “valerme por mí mismo” con mayor frecuencia

se eligió la primera de éstas dos. Como tercera opción los componentes que recibieron más votos fueron “valerme por mí mismo” y “tener una buena pensión o renta”.

11.10.1 Autovaloración de la Calidad de Vida.

La población adulta mayor presenta la tendencia a valorar su calidad de vida como media. Así el 63% de la población valora su calidad de vida en un nivel medio, el 27% en un nivel bajo y el 10% en un nivel alto (*ver figura A3*).

En la distribución por género, sobresalen diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,03946$), así el 7% de la población masculina califica su calidad de vida en un nivel bajo, mientras que el 47% de la población femenina lo califica como bajo, así también el 80% de la población masculina considera de nivel medio su calidad de vida mientras que solo el 47% de la población femenina califica como media su calidad de vida (*ver figura A6*).

En la distribución por rango de edad y nivel educativo se observa que un alto porcentaje de la población en cada rango de edad y nivel educativo, tiende a evaluar su calidad de vida como media, mientras que un porcentaje mínimo la valora como alta. Resalta, que a más edad existen menos calificaciones de -calidad de vida baja- y más de -calidad de vida media- (*ver figura: A9, A12*).

11.11 Comparación de los resultados del presente estudio con el baremo CUBRECAVI (basado en población española).

En el componente salud la población estudiada obtuvo mayor puntuación media

(NIVEL MEDIO) respecto de la población española (NIVEL BAJO), si bien el resultado no resultó estadísticamente significativo (ver *Tabla 19*) ($p = 0.2493$).

De manera similar en habilidades funcionales la población investigada obtuvo puntajes superiores (NIVEL MUY ALTO) respecto al puntaje obtenido por la población española (ver *Tabla 19*) ($p = 0.0001$).

En actividad y ocio no se observaron diferencias estadísticamente significativas a pesar que la población obtuvo un puntaje mayor al baremo (ver *Tabla 19*) ($p = 0.0530$).

En calidad ambiental la diferencia resultó estadísticamente significativa, la población del presente estudio puntuó por debajo (NIVEL MUY BAJO) respecto de la población española de referencia (NIVEL ALTO) (ver *Tabla 19*).

En satisfacción con la vida, ambas poblaciones se ubicaron en la misma zona (NIVEL MEDIO) (ver *Tabla 19*), sin diferencias significativas.

En ingresos, la población local se ubicó en un (NIVEL MUY BAJO), mientras que la población española en (NIVEL MEDIO) (ver *Tabla 19*).

En integración social, no existieron diferencias significativas en el puntaje, ambas poblaciones se situaron en (NIVEL MUY ALTO) (ver *Tabla 19*).

12. Interpretación de los resultados obtenidos

12.1 Salud

La muestra registró un NIVEL MEDIO, lo cual supone que la presencia sintomatología médica no interfiere de manera importante con el desempeño diario. Cabe anotar que CUBRECAVI no está diseñado como herramienta de diagnóstico médico, por lo que un examen más detallado de la salud de los participantes es recomendable.

Por su parte, el nivel de salud de la mujer, fue menor al del varón, que alcanzó un NIVEL MUY ALTO. Estos hallazgos concuerdan con otros en la literatura, por ejemplo, respecto de la percepción del estado de salud Sancho (2004), indica la existencia de "una diferencia positiva a favor de los varones", (p. 99).

En el caso de las mujeres, la salud según Sánchez (2003) se basa en “[...] la interrelación entre aspectos biológicos con las particularidades psicológicas-culturales, condiciones de vida y trabajo, demandas sociales y apoyo recibido [...]” (p. 163).

La biología de la mujer, le permite vivir más tiempo que los hombres, pero tienden a desmejorar su estado de salud. La longevidad propia de las mujeres las hace propensas a desarrollar mayor número de enfermedades crónicas que los hombres, entre ellas osteoporosis, diabetes, hipertensión, incontinencia urinaria y artropatías. Los hombres por su parte, desarrollan precozmente enfermedades con mayor índice de mortalidad como cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (Martínez F., García M., et al, 2006). Las enfermedades reportadas por los participantes se presentan en el Anexo 1.

Debido a las condiciones de vida y trabajo de los participantes, tanto hombres como mujeres, se encuentran expuestos a condiciones ambientales y de trabajo desfavorables; en las mujeres se suma una mayor carga de trabajo y menor apoyo, porque asumen el trabajo doméstico antes, durante y después de la jornada de trabajo fuera del hogar.

12.2 Integración Social

La integración social en la población investigada alcanzó niveles altos, aportando de manera favorable en la calidad de vida percibida, la frecuencia de contacto con familiares y amigos es alta, así como satisfacción con la interacción.

Los resultados concuerdan con lo observado durante la convivencia con los evaluados en donde se pudo constatar la presencia de redes sociales (relación cercana, solidaria y cálida con familia, amigos y vecinos), así como la influencia positiva que ejerce en la calidad de vida el pertenecer al “grupo de adultos mayores de San Vicente” que al ser un lugar de encuentro facilita la interacción personal, la realización de actividades en comunidad y el reconocimiento social. Actividades que promueven la funcionalidad y la satisfacción en la población.

Al respecto Aranibar (2015) aclara que la integración social es un componente de crucial importancia en la calidad de vida, debido a que estimula el desarrollo de potencialidades y recursos personales, que benefician la salud y el nivel funcional.

12.3 Habilidades Funcionales

Se alcanzaron niveles muy altos de independencia funcional para realizar tareas

cotidianas, a pesar de las dolencias físicas y psíquicas presentes. En el contacto con la población se observaron cualidades como la determinación para mantener el control de su vida y su independencia funcional y la capacidad para adaptarse positivamente a sus actividades.

El alto nivel en habilidades funcionales podría estar en relación al alto nivel obtenido en el componente integración social, como se trata previamente, buenas relaciones sociales y familiares favorecen la funcionalidad debido a que promueve entre otras la realización de actividades.

Además de las actividades realizadas en (el grupo de adultos mayores de San Vicente) la población ha venido realizando a lo largo de su vida actividades que requieren importante esfuerzo físico, puesto que es una población agrícola, por tanto, actividades que requieren menos esfuerzo como el autocuidado y labores domésticas no representarían mayor dificultad.

12.4 Actividad y Ocio

Los resultados obtenidos en actividad y ocio sugieren que la población realiza actividades físicas y de ocio con cierta frecuencia y que se sienten satisfechos con la utilización de su tiempo.

No obstante, en la convivencia con los evaluados se observó que las variables empleadas por la prueba no necesariamente se corresponden con su realidad, caso particular de los ítems -ir de compras y viajar- que en su realidad se relacionan más con

actividades necesarias en lugar de optativas como se espera con el ocio, ligadas por ejemplo con niveles variados de esfuerzo.

Por ventaja, reciben la oportunidad de participar en actividades recreativas por intermedio del grupo de adultos mayores de San Vicente.

En el caso de la actividad -leer- se refiere a lecturas de periódico y la biblia, expresadas por los participantes y recogidas en las observaciones de notas de campo.

12.5 Calidad Ambiental

La población obtuvo un nivel bajo en calidad ambiental, con puntuaciones más bajas en los elementos relacionados con el mobiliario y los electrodomésticos. Sobresaliendo diferencias por género, así alrededor del doble de mujeres con respecto al número de varones indicó insatisfacción con el mobiliario y los electrodomésticos en su vivienda (*ver Anexos, figuras B y C*).

En la interacción con la población evaluada se conoció que la insatisfacción se debía a que no contaban con dichos elementos en su vivienda, esta información contrasta con la realidad de la población adulta mayor de España en donde la presencia de electrodomésticos es casi universal en sus hogares Sancho (2004).

Por otra parte, un alto porcentaje de mujeres (53%) indicaron insatisfacción general con la vivienda, versus un porcentaje mínimo de varones (7%), (*ver Anexos, figura A*).

12.6 Satisfacción con la Vida

El nivel medio en satisfacción sugiere que la población se encuentra mayormente satisfecha con su vida, sin embargo, sugiere también la presencia de componentes no favorables en su calidad de vida, para la población estudiada el bajo nivel de ingresos, el bajo nivel en calidad ambiental y en la educación.

No obstante, cuentan con buenas relaciones familiares y sociales, frecuentemente realizan actividades gratificantes en el grupo de adultos mayores de San Vicente, así también un alto porcentaje (73.4%) de la población con frecuencia ve televisión y un menor porcentaje (50%) frecuentemente lee. Según Lemon, Bengston y Peterson (1972) citados por Gonzáles (2009), la frecuencia de participación en éste tipo de actividades influye favorablemente en la satisfacción con la vida de las personas adultas mayores.

12.7 Educación

El bajo nivel educativo se podría explicar desde el nivel económico y socio-cultural de la población. La mayoría de los adultos mayores que integran el estudio crecieron en un medio económico bajo, la mayoría tuvo que dedicarse a trabajar en labores de agricultura desde muy temprana edad, y aportar en la economía del hogar, por tanto, la preparación educativa no era prioritaria.

12.8 Ingresos

En el Ecuador la canasta familiar básica para el año 2015 es de \$694.86, la fracción para alimentación corresponde a \$242.51 INEC (2015). El 60% de la población estudiada

no accede a ingresos que cubran dicha fracción. Es de esperar que con este nivel de ingresos otras áreas, como la salud se vean afectadas.

12.9 Servicios Sociales y Sanitarios

La población adulta mayor hace uso frecuente de los servicios sociales y sanitarios que presta la comunidad; al respecto de su uso, sobresale la existencia de un porcentaje considerable de la población que indica sentirse insatisfecha con los servicios sociales y sanitarios de la comunidad.

Es recomendable para futuros estudios ahondar en los detalles del porqué de los grados de insatisfacción de la población adulta mayor.

12.10 Importancia de los componentes de la calidad de vida

Los componentes de calidad de vida más valorados por la población fueron “salud”, “mantener buenas relaciones familiares y sociales”, “valerse por sí mismo” y “tener una buena pensión o renta. De manera similar eligió la población distribuida por género, rango de edad y nivel educativo.

Existe coincidencia entre los resultados obtenidos en la población investigada y otros en América Latina y Europa. Así en un estudio brasileño, la salud fue la respuesta más votada con respecto de elementos que determinan la calidad de vida. De igual forma en grupos focales realizados en áreas deprimidas de Inglaterra la salud y las finanzas fueron valoradas como más importantes para la calidad de vida. Otro estudio en el que se preguntó directamente a los participantes por los valores que constituyen la calidad de

vida, las respuestas fueron: relaciones sociales, roles sociales y actividades en comunidad, actividades en solitario, salud, bienestar psicológico, el hogar, el vecindario y lo financiero (Netuveli, 2008, p. 117).

Se observa un patrón común en la selección de componentes determinantes para la calidad de vida en diferentes regiones y culturas como (Bormas, 2014, p. 294 y 295) anota, referente a que la salud, la familia, la situación económica, la red social y el ocio son los aspectos considerados como más importantes para las personas adultas mayores.

12.10.1 Autovaloración de la Calidad de Vida

Alrededor de dos tercios de la población investigada calificó como media su calidad de vida, información que contrasta con un estudio británico en la que al menos dos tercios de la población definieron su calidad de vida como positiva o muy positiva, dicha valoración estuvo determinada por, “compararse con otros”, “contactos sociales”, “salud”, “circunstancias materiales” y “actividades”, Netuveli (2008). Para la población investigada el nivel medio en calidad de vida está determinado por la “salud”, “relaciones sociales y familiares”, “tener una buena pensión o renta” y “valerme por mí mismo”. La valoración positiva y muy positiva de la calidad de vida en la población británica indica que los elementos determinantes de su calidad de vida son óptimos, mientras que la valoración media de calidad de vida de la población investigada da cuenta de la presencia de carencias o limitaciones en sus elementos o componentes determinantes siendo el más relevante el tener una pensión o renta.

Las diferencias existentes entre género y los niveles de bienestar subjetivo en las

personas adultas mayores están determinadas por variables como edad, viudedad, salud o el nivel socioeconómico (Pinazo, 2005, p. 125).

Desde esta perspectiva se podría explicar la baja valoración de la calidad de vida en el grupo femenino. Si se considera que el 81% de la población femenina escogió a la salud como el más determinante y precisamente el componente salud para el género femenino se ubica en un nivel bajo, en consecuencia, la baja valoración en el nivel de calidad de vida en este grupo puede estar relacionado con el bajo nivel en salud.

En la población distribuida por rango de edad, resalta, que a más edad existen menos calificaciones de -calidad de vida baja- y más de -calidad de vida media-. Los resultados concuerdan con investigaciones que afirman que las personas de más edad cuentan con niveles más altos de bienestar subjetivo, George y Clip (1991) citado por (Pinazo, 2005, p. 125).

13. Presupuesto

Tabla P1
Presupuesto

	Actividad	Costo RRHH	Costo Material	Costo Viajes	Total
Diseño del proyecto	Planificación y delimitación del problema.	\$0.00	\$165.00	\$20	\$185.00
Desarrollo del proyecto	Presentación con el grupo de Adultos Mayores.	\$0.00	\$0	\$10.00	\$10.00
	Información y registro de firmas en los consentimientos informados.	\$0.00	\$4.50	\$120.00	\$124.50
	Registro de información en fichas sociodemográficas				
	Aplicación de reactivos psicológicos	\$0.00	\$15.00	\$360.00	\$375.00
Entrega del proyecto	Integración con el grupo de adultos mayores				
	Análisis e interpretación de los resultados	\$0.00	\$430.00	\$60.00	\$490.00
	Reporte de resultados a los adultos mayores de San Vicente	\$0.00	\$0.00	\$10.00	\$10.00
Otros costos	Entrega de información al Hospital de Yaruquí y autoridades de la parroquia	\$0.00	\$5.00	\$6.00	\$11.00
	Entrega del proyecto de investigación al consejo de carrera de psicología	\$0.00	\$5.00	\$5.00	\$10.00
	Imprevistos				\$50.00
TOTAL					\$ 1.265.50

Nota: Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Conclusiones

Los componentes que disminuyeron la calidad de vida de la población adulta mayor de San Vicente objeto del presente estudio, fueron: educación, ingresos económicos y calidad ambiental (contexto vivienda).

Estos hallazgos, confirman la hipótesis, en la cual se planteó que la calidad de vida, se vería afectada por un déficit en uno o varios de los siguientes componentes: salud, educación o ingresos. En efecto, el presente estudio señala que los componentes ingresos y educación alcanzaron niveles muy bajos, los mismos que son determinantes en la calidad de vida de esta población.

El componente calidad ambiental, también, alcanzó niveles muy bajos similares a los componentes de ingresos y educación, lo cual deja ver, la presencia de condiciones socio-económicas deficitarias.

El componente salud, muestra niveles bajos en la población femenina, lo cual es concordante con las condiciones de vida desaforables que son más rigurosas para las mujeres en el desempeño de su vida diaria.

Los componentes que alcanzaron un (NIVEL MEDIO) son: salud, actividad y ocio y satisfacción con la vida. Dado el nivel alcanzado en estos componentes se recomiendan intervenciones puntuales y seguimiento periódico porque sin una debida atención pueden llegar a incidir negativamente en la calidad de vida global.

Por otra parte, los componentes que aportaron positivamente a la calidad de vida de

los participantes, fueron en orden de importancia: habilidades funcionales e integración social. Los resultados obtenidos en integración social se relacionan con la vida en comunidad que caracteriza la población de San Vicente. Mientras que los resultados en habilidades funcionales se relacionan con el trabajo físico al que se han visto expuestos en su vida y que forma parte de sus hábitos.

En la distribución por género, la mitad de las mujeres califican su calidad de vida como baja, lo cual indica insatisfacción con sus condiciones de vida. Esta apreciación se vincula a los bajos niveles de salud, la desfavorable condición ambiental, y los bajos ingresos económicos.

No se apreciaron diferencias importantes en los resultados agrupados por edad y nivel educativo, a excepción de los obtenidos en autovaloración de la calidad de vida, donde a menor edad, se obtuvo menor puntuación. Lo cual evidencia que a mayor edad hay una mejor autopercepción de la calidad de vida que poseen.

En el componente adicional -importancia de los componentes de la calidad de vida, resaltaron los componentes más valorados por los participantes en orden de importancia: -Salud-, -mantener buenas relaciones familiares y sociales-, -tener una buena pensión o renta- y -poder valerme por mí mismo-. Estos elementos evidencian las necesidades reales de la población, y sobre los cuales se deben enfocar futuras intervenciones para mejorar la calidad de vida.

Como aspecto remarcable, que debe continuar proporcionando sus efectos positivos, e incluso puede ser fortalecido, está el propio grupo de adultos mayores de San Vicente,

es un entorno social favorable que mejora la calidad de vida de población, puesto que promueve la interacción social (por ser un espacio de encuentro con el mundo y con los otros), que estimula y fortalece las habilidades funcionales (se promociona la actividad física rehabilitadora y también el ocio), componente que a su vez, tiene un impacto favorable en la salud física y particularmente en la salud psicológica de los participantes, evitando el aislamiento y la soledad que generalmente vienen acompañadas de trastornos del estado del ánimo y ansiedad.

Dados los resultados obtenidos en salud (NIVEL MEDIO), calidad ambiental (NIVEL MUY BAJO), educación (nivel bajo), ingresos (NIVEL MUY BAJO) y considerando que la potenciación de la salud, la participación y la seguridad es el enfoque principal del envejecimiento activo, es recomendable:

- En salud, la participación de los servicios sanitarios locales en la elaboración de propuestas para intervenciones prioritarias y de bajo costo que tiendan a influir positivamente en la salud de la población. Intervenciones en las que se considere la singularidad de la población adulta mayor, la dificultad para moverse, la necesidad de comunicación y trato especializado, así como el requerimiento de prótesis encaminadas a mejorar la función auditiva, visual y locomotora de la población.
- En calidad ambiental, en particular en lo relacionado con la vivienda, se recomienda el contacto con instituciones como SEMPLADES (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo) para la inclusión de la población

adulta mayor de San Vicente, en su programa “Construcción e implementación de vivienda para adultos mayores” y gestione la revisión técnica de las viviendas y las adaptaciones necesarias, potenciando entre otros aspectos, el desarrollo de las actividades cotidianas del adulto mayor y su independencia, reduciendo los riesgos que supone la limitación funcional a la que se verán expuestos en edades más avanzadas.

- En educación, es recomendable solicitar a instituciones como el MIES y el Ministerio de Educación se incluya en sus proyectos de aprendizaje y desarrollo, a los adultos mayores de San Vicente, en los que se promueva un intercambio de conocimientos. Así por una parte los adultos mayores se benefician al adquirir nuevos conocimientos, y por otra aportan positivamente con sus saberes y experiencia.
- En lo económico, se sugiere solicitar apoyo a instituciones que promuevan el desarrollo económico y social, como el caso de CONQUITO (Agencia Metropolitana de Promoción Económica) capaz de ofrecer capacitación y soporte a las iniciativas de emprendimientos de la población adulta mayor, y por otra, de desarrollar programas que incluyan temas de administración de fondos, procurando su seguridad económica.
- Se sugiere a través del MIES y el Gobierno Autónomo Descentralizado de la parroquia Yaruquí, la realización programas que fortalezcan y consoliden al grupo de adultos mayores. Programas que incluyan actividades diversas que

sean de interés del grupo, y seleccionadas de acuerdo al género; Así como la mejora de las condiciones del espacio de encuentro (Casa comunal), para hacerlas más acogedoras y seguras e incentivar así el sentido de pertenencia de los miembros del grupo.

- Fortalecer acciones que consoliden el grupo. Opción de actividades. Mejorar el espacio.

Los resultados obtenidos en el estudio de calidad de vida de los adultos mayores del barrio San Vicente, develan los retos que representan el que puedan tener una vida digna, en la que se pueda garantizar, la salud, la participación y la seguridad como se recomienda en el envejecimiento activo; y la necesidad de el involucramiento y la participación de todos, los adultos mayores, la familia, la sociedad, organizaciones no gubernamentales y de estado, para que cada uno promueva desde su fuero el desarrollo de programas y políticas que favorezcan el envejecimiento activo, y por consecuencia una buena calidad de vida en la vejez.

Referencias

- Aranibar, P. (2015, 18 de agosto). Participación Social e Imagen Social de la Vejez. Documents.Mx. Recuperado de <http://documents.mx/documents/ensayo-13-participacion-social-de-imagen-en-la-vejez.html>.
- Bormas, L. (Ed). (2014). El libro mundial de la felicidad. México: Editorial Nómada
- Cutler, D., Miller, G. (2004, mayo). The Role of Public Health Improvements in Health Advances: The 20th Century United States (Working Paper 10511). Recuperado del sitio de internet del National Bureau of Economic Research: <http://www.nber.org/papers/w10511>
- Conde-Sala JL. (2007). Psicogerontología Positiva: Cambios en las concepciones. 8º congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/235992373_Psicogerontologia_positiva_cambios_en_las_concepciones
- Debnath, R. y Shankar, R. (2013). Does Good Governance Enhance Happiness: A Cross Nation Study. Social Indicators Research, 03(2), 1-21. doi: 10.1007/s11205-013-0275-1
- Fernández, G. y Rojo, F. (2005). Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación. Territoris. 2005 (5), 117-135. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>
- Fernández, R. (1997). Calidad de Vida en la Vejez. Anuario de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández, R. y Zamarrón, M. (2007). CUBRECAVI Cuestionario Breve de Calidad de Vida. España: TEA Ediciones, S.A.
- Giovannini, A. (2014, junio 24). 5 facts about social welfare in Europe. Recuperado de

<http://eutopiamagazine.eu/en/alessandro-giovannini/columns/5-facts-about-social-welfare-europe>

González-Celis, A. (2009). Evaluación en Psicogerontología. México DF: El Manual Moderno S. A.

Hernández, C., Fernández, C., Baptista, P. (1997) Metodología de la Investigación. México: McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO.

Hernández, C., Fernández, C., Baptista, P. (2010) Metodología de la Investigación. México: McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO.

Hörnquist, J. O. (1990). Quality of Life: Concept and Assessment. Scandinavian Journal of Social Medicine. (18) 69-79.

INEC (2009). Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE 2009. Recuperado desde http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=download&id=104&chk=5056ecb79e72e99b86a887fbc05f32aa&no_html=1&lang=es

INEC (2010). Resultados del censo 2010. Nacional. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>

INEC (2010). Resultados del censo 2010. Población total y tasa de crecimiento. Recuperado desde <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>

INEC (2012). Proyección de población por años en edades simples. Período 2010-2020. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/PROYECCION_POR_EDADES_PROVINCIAS_2010-2020_Y_NACIONAL_2010-2020.xlsx

INEC (2015). Canasta Familiar Básica Nacional y por Ciudades - noviembre 2015. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

inec/Inflacion/canastas/Canastas_2015/Noviembre/5.%20Ipc_canastabasica_nacional_ciudades_nov_2015.xls

INEC (2010). Población por grupos de edad, según provincia, cantón, parroquia y área de empadronamiento. Recuperado del sitio de internet:
http://www.inec.gob.ec/tabulados_CPV/15_POBLA_PROV_CANT_PARR_AREA_GEDAD.xls

Kerce, E. (1992). Quality of Life: Meaning, Measurement, and Models (NPRDC-TN-92-15). Recuperado del sitio de internet de Defense Technical Information Center, Navy Personnel Research and Development Center: <http://dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA250813>

Lawton, P. (1991). A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. En J. Birren, J. Lubben, J. Cichowlas, & D. Deutchman (Eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly* (pp. 3-49). San Diego: Academic Press, Inc.

Martínez F., García M., Botico A., Ribes D., Rodríguez I., et al. (2006). *Auxiliares sanitarios de la diputación foral de Bizkaia*. Instituto Foral de Asistencia Social. Temario Específico. España: Editorial Mad, S.L.

McCall, S. (1980). What is Quality of Life? *Philosophica* 25(1), 5-14. Recuperado de <http://logica.ugent.be/philosophica/fulltexts/25-2.pdf>

Netuveli, G. (2008, febrero 15). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin* 85, 113-126. Recuperado de <http://bmb.oxfordjournals.org/content/85/1/113.full.pdf+html>

Nussbaum, M., Sen, A. (1993) *Capability and Well-Being*. Recuperado de <http://existencia.org/files/alt-eco/quality.pdf>

Olivi, A. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de población*, 21(84), 227-249. Recuperado de

<http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v21n84/v21n84a9.pdf>.

Pinazo, S., Hernandis, Sánchez, M. (2005). Gerontología: actualización, innovación y propuestas. Madrid: Pearson Educación, S.A.

Sánchez, M. (Ed.). (2003). Mujer y Salud. Familia, Trabajo y Sociedad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.

Sancho, M. (Ed.) (2004). Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. (NIPO: 216-05-001-6). Recuperado del sitio de internet del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España. IMSERSO:
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informe2004v1.pdf>

Smith, A. (2000). Researching quality of life of older people: concepts, measures and findings. (Working Paper N°7). Recuperado del sitio de internet de la Keele University, Centre for Social Gerontology:
https://www.keele.ac.uk/csg/downloads/centreworkingpapers/research_quality.pdf

The Boston Consulting Group. (2011, diciembre). Report. Global Aging. How Companies Can Adapt to the New Reality. Retrieved from
<https://www.bcg.com/documents/file93352.pdf>

United Nations. (2013). World Population Prospects. The 2012 Revision. Recuperado desde http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2012_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf

United Nations. (2015). World Population Prospects. The 2015 Revision. Recuperado desde http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf

Urzúa, A., Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 30(1), 61-71. Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext.

Vera, Martha. (2007, septiembre). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la facultad de medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext

Villar, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: Hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo, M. Sánchez (Eds.), *Gerontología. Actualización, Innovación y Propuestas* (pp. 145-217). Ciudad: Pearson Educación S.A.

WHO. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. (World Health Organization. WHO/NMH/NPH/02.8). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Wikipedia (2013, febrero 10). Yaruquí. Recuperado de <https://es.wikipedia.org/wiki/Yaruquí>

Anexos

Anexo 1:

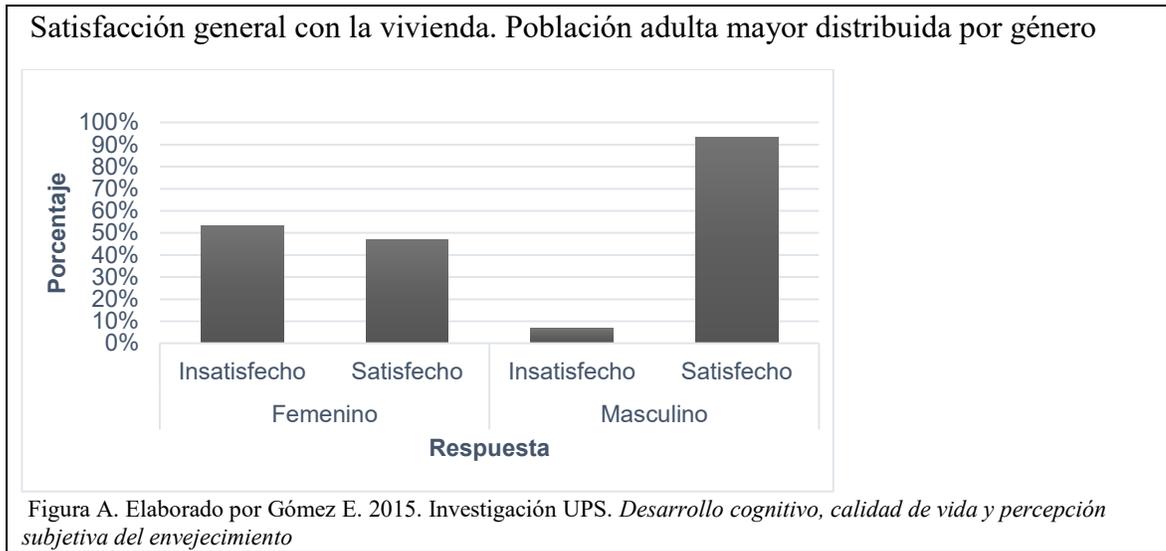
Enfermedades Crónicas población Adulta Mayor de San Vicente de Yaruquí

Género	Enfermedades	Personas afectadas
Femenino	Artritis	1
	Artrosis	1
	Diabetes	2
	Diabetes e hipertensión arterial	1
	Diabetes, gota e hipertensión	1
	Dolor crónico de cintura y problemas auditivos	1
	Dolor crónico en la pierna	1
	Hipertensión arterial	2
	Hipertensión arterial y artrosis	1
	Hipertensión y dolor crónico de vesícula	1
	Osteoporosis y arterioesclerosis	1
	Problemas de pulmones	1
	Ninguna	2
	Masculino	Alteraciones visuales y auditivas no especificadas
Dolor crónico de cadera		2
Dolor crónico de cintura		2
Dolor crónico de rodilla		1
Dolor crónico en la pierna		1
Hipertensión arterial		1
Lumbalgia crónica		1
Osteoporosis e hipotiroidismo		1
Próstata		1
Ninguna		3

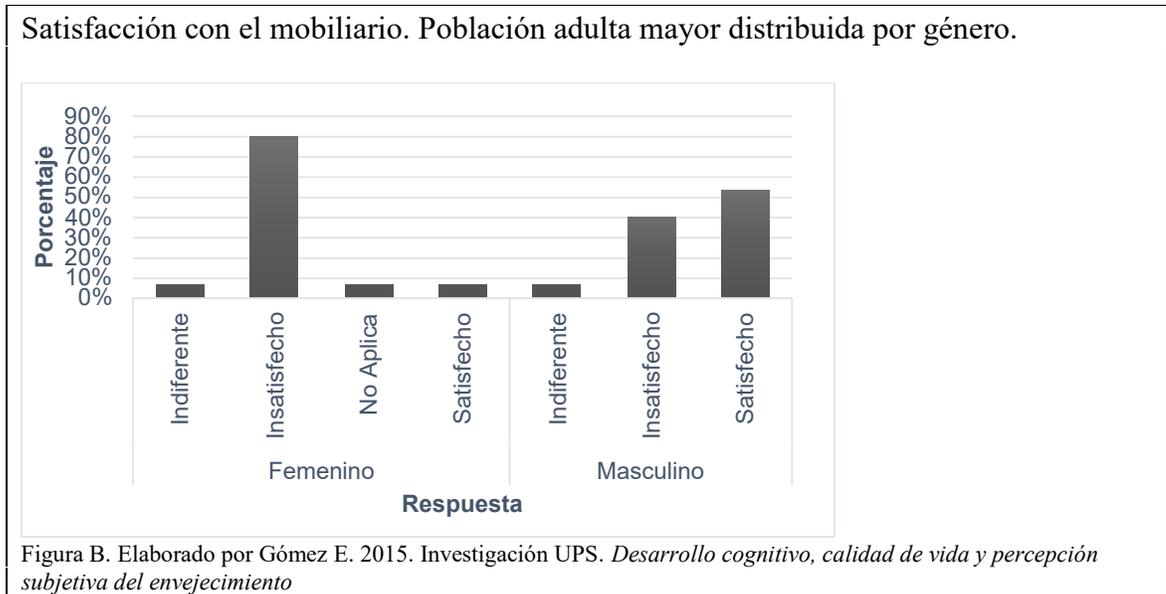
Nota: Datos registrados en la ficha sociodemográfica, mayo-agosto 2015.

Elaborado por Gómez E. 2015. Investigación UPS. *Desarrollo cognitivo, calidad de vida y percepción subjetiva del envejecimiento*

Anexo 2:



Anexo 3:



Anexo 4:

