



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE CUENCA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, EN LOS ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA MIES “MIS
MEJORES AÑOS” ZONAL 6 DE LA PARROQUIA ZHIDMAD. 2024-2025**

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Licenciada en Psicología

AUTORA: MELVA PAOLA QUICHIMBO SUMBA

TUTOR: PSIC. CLÍ. OMAR FRANCISCO SAQUICELA OCHOA, MGS.

Cuenca - Ecuador

2025

**I. CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO
DE TITULACIÓN**

Yo, Melva Paola Quichimbo Sumba con documento de identificación N° 0105311880
manifestó que:

Soy la autora y responsable del presente trabajo; y, autorizó a que sin fines de lucro la
Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera
total o parcial el presente trabajo de titulación.

Cuenca, 15 de enero del 2025.

Atentamente,



.....
Melva Paola Quichimbo Sumba

0105311880

II. CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

Yo, Melva Paola Quichimbo Sumba con documento de identificación N° 0105311880, expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora de la Sistematización de experiencias prácticas de investigación: “Estudio de la percepción de la calidad de vida, en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “Mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad. 2024-2025”, la cual ha sido desarrollada para optar por el título de: Licenciada en Psicología, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 15 de enero del 2025.

Atentamente,



.....
Melva Paola Quichimbo Sumba

0105311880

III. CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Omar Francisco Saquicela Ochoa con documento de identificación N° 0103066668, docente de la Universidad Politécnica Salesiana, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA MIES “MIS MEJORES AÑOS” ZONAL 6 DE LA PARROQUIA ZHIDMAD. 2024-2025, realizado por Melva Paola Quichimbo Sumba con documento de identificación N° 0105311880, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Sistematización de experiencias prácticas de investigación que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 15 de enero del 2025.

Atentamente,



.....
Psic. Clí. Omar Francisco Saquicela Ochoa, Mgs.

0103066668

IV. Dedicatoria y Agradecimiento

Dedico este trabajo de titulación a mis dos Abuelitas, mis dos Marías quien una me acompaña aun en cuerpo presente y la otra desde el cielo me cuida y bendice; las dos son la inspiración de este trabajo, y las dos guiaron este proceso, por la dos quiero que el mundo sea mejor, por las dos quiero que todos los adultos mayores tengan una vida plena y feliz.

Dedico también a mi Padres Melva y Armando quienes me apoyaron con mis sueños y esbozaron en mí una persona perseverante, con justicia social, además de valiente que se esfuerza por salir adelante. También se lo dedico a todas las personas que estén pasando por cualquier situación adversa, con el siguiente mensaje: *Que todo los que una deba cumplir se complicará, y si queremos más.... debemos esforzarnos y hacerlo lo mejor posible, esforcémonos en conjunto y dediquemos esfuerzos para hacer de este mundo un lugar mejor.*

Paola Quichimbo

Agradezco a mi familia (Meli, Fer, Marlene, Irene) que me brindaron apoyo en todos los sentidos para culminar esta etapa, a mi pareja sentimental quien estuvo conmigo siendo un pilar fundamental para alcanzar este logro, a mis maestros quienes tuvieron la paciencia de enseñarme y la certeza para educarme, y la misión firme de educar a las nuevas generaciones. Agradezco además a mis amigos, allegados, vecinos, que me faltarían hojas para mencionarlos a todos, los cuales me brindaron su apoyo, consejos, ideas, hasta fueron mis conejillos de indias de aprendizaje, quiero agradecer por extenderme su mano desinteresada que me brindo motivación duradera.

Paola Quichimbo

V. Resumen

La calidad de vida para el adulto mayor, está vinculada con su capacidad de adaptación a los cambios biológicos y psicosociales propios del envejecimiento (Vera, 2007). Las actividades de la vida diaria (AVD) por otra parte, son fundamentales para evaluar la calidad de vida y el estado funcional de las personas mayores. Estas comprenden tanto las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales (AIVD) (Quiroz & et al, 2010). El objetivo principal del presente es estudiar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen a la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad (2024-2025)

El presente estudio se efectuó bajo la característica cuantitativa y cualitativa para lo cual se empleó una población total de 40 Usuarios de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” en adultos mayores sin discapacidad, de los cuales la muestra estuvo conformada por 37 de ellos, con un rango de edad entre los 65 y 99 años, edad a partir de la cual ya se considerarían adultos mayores. Para realizar la recolección de información de la muestra, fue utilizado el Instrumento WHOQOL -BREF, el cual se usó para evaluar la percepción de la calidad de vida en varios dominios: físico psicológico, ambiental y social; la escala PGC-IADL (escala Filadelfia geriatric Center-instrumental activities of daily living), fue utilizada para evaluar el nivel de funcionalidad de los adultos mayores midiendo el grado de dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria; y El índice Katz, el cual evaluó la independencia de la persona en el desempeño de las A.B.V.D. Para generar los resultados se usó el programa estadístico SPSS, donde se generarán datos porcentuales utilizando la creación de gráficos representativos, para evidenciar los resultados.

Resultados; La Calidad de vida oscila entre regular (42,5%) y calidad de vida baja (27,86%); en cuanto a las A.B.V.D, el (70,3%) de los usuarios de la unidad de atención pueden desenvolverse con facilidad en cuanto a las actividades básicas; y las A.I.V.D, el (29,7%) de los usuarios tiene una “Dependencia ligera”, En cuanto a la dependencia total (21,6%); dependencia grave (21,6%); dependencia moderada (10,8%), y totalmente autónomo de (10,8%).

Palabras clave:

Percepción de la calidad de vida

Actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales

Adultos Mayores

VI. Abstract

The quality of life in older adults is linked to their ability to adapt to the biological and psychosocial changes of aging (Vera, 2007). Activities of daily living (ADL), on the other hand, are essential for assessing quality of life and functional status in older individuals. These include both basic activities of daily living (BADL) and instrumental activities of daily living (IADL) (Vera, 2007). The main objective of this study is to analyze the perception of quality of life among older adults in the MIES home care unit “Mis Mejores Años” (Zonal 6) in the parish of Zhidmad (2024-2025).

This study follows a quantitative and qualitative approach, involving a total population of 40 users from the MIES home care unit, all older adults without disabilities. The final sample consisted of 37 participants aged between 65 and 99 years, the age range classified as elderly. Data collection was conducted using the WHOQOL-BREF instrument to evaluate quality of life perception across four domains: physical, psychological, environmental, and social. The PGC-IADL scale (Philadelphia Geriatric Center–Instrumental Activities of Daily Living) was applied to assess the functional level of older adults by measuring their dependence on instrumental activities. Additionally, the Katz Index evaluated their independence in performing BADL.

To process the results, the statistical software SPSS was used to generate percentage-based data and create representative charts for better visualization.

Results: The quality of life was rated as moderate (42.5%) or low (27.86%). Regarding BADL, 70.3% of users in the home care unit could perform basic activities

independently. For IADL, 29.7% of users showed "mild dependence," while total dependence was observed in 21.6%, severe dependence in 21.6%, moderate dependence in 10.8%, and complete autonomy in 10.8%.

Keywords:

Perception of quality of life

Basic and instrumental activities of daily living

Older adults

VII. Índice de contenidos

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA SEDE	1
I. Certificado De Responsabilidad Y Autoría Del Trabajo De Titulación	2
II. Certificado De Cesión De Derechos De Autor Del Trabajo De Titulación A La Universidad Politécnica Salesiana.....	3
III. Certificado De Dirección Del Trabajo De Titulación	4
IV. Dedicatoria y Agradecimiento.....	5
V. Resumen	6
VII. Índice de contenidos	9
VIII. Planteamiento del problema.....	12
IX. Justificación y relevancia.....	14
X. Objetivos.....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos	16
XI. Marco teórico.....	17
Calidad de vida	17
Teorías sobre la calidad de Vida.....	19
Modelo de la OMS.....	24
Calidad de Vida del Adulto Mayor.....	26
Envejecimiento	27
Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.).....	28
XII. Variables y Dimensiones	29
XIII. Preguntas de investigación.....	31
XIV. Marco metodológico	31
Perspectiva Metodológica.....	31
Diseño de Investigación.....	31
Tipo de investigación.....	32
Instrumentos y técnicas de producción de datos.....	32
Plan de análisis.....	36
XV. Población y Muestra	37
Población	37

Tipo de Muestra	37
XVI. Descripción de los datos producidos.....	38
XVII. Presentación de los resultados descriptivos	39
XVIII. Análisis de resultados	53
XIX. Interpretación de los resultados	55
XX. Conclusiones.....	58
XXI. Bibliografía	60
Anexo 1. Aprobación para efectuar las practicas por parte del MIES	65
Anexo 2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF	66
Anexo 3. Test PGC – IADL (Escala Philadelphia Geriatric Center – Instrumental Activities of Daily Living)	69
Anexo 4. Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria de Katz	71
Anexo 5. Informe del Antiplagio del docente tutor.....	72
Anexo 6. Reporte generado por el software antiplagio establecido institucionalmente...	73

Índice de figuras

Figura 1	40
Figura 2	40
Figura 3	41
Figura 4	41
Figura 5	41
Figura 6	42
Figura 7	50

Índice de tablas

Tabla 1	28
Tabla 2	29
Tabla 3	42
Tabla 4	45
Tabla 5	47
Tabla 6	53
Tabla 7	55

VIII. Planteamiento del problema

Ecuador ha pasado de un rápido crecimiento poblacional a un proceso de envejecimiento demográfico, caracterizado por un menor aumento de la población y un mayor porcentaje de personas mayores. Para 2019 la población se duplicó entre 1950 y 1975, y de nuevo hacia 2010, quintuplicándose para 2020, pero el crecimiento futuro será más lento, con un aumento del 40% en las próximas décadas. Mientras tanto, la población de 60 años o más, actualmente el 11%, alcanzará el 21% en 30 años, convirtiendo a Ecuador en una sociedad envejecida para 2065. (Miller & Mejia, 2020)

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos el Ecuador para el 2030 tendrá más adultos mayores, menos niños y adolescentes, las proyecciones prevén que la población de adultos mayores se triplique, con 125 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años. (INEC, 2024)

El envejecimiento poblacional en Ecuador es por el aumento en la esperanza de vida y la disminución en la fecundidad. La esperanza de vida al nacer en 1950 era de 48.6 y actualmente es de 76.7, se proyecta que llegara en 30 años, a los 82.3 años, superando incluso la de algunos países desarrollados. Actualmente vivir más de 60 años también ha es más común, pues pasamos de 49.3 años en 1950 a 85.5 años en la actualidad. En paralelo, la tasa global de fecundidad (TGF) bajó de 6,75 nacimientos por mujer en 1950 a 2,44% nacimientos actualmente, y se espera que descienda por debajo del nivel de reemplazo (2.1) en las próximas décadas, lo que refleja un cambio demográfico profundo. (Miller & Mejia, 2020)

Surge la importancia del estudio de la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores para reconocer todos los obstáculos a los cuales estos se enfrentan, y dadas las circunstancias de disminución de las capacidades físicas de los individuos nos obliga a considerar cómo estas afectan y a tomar en cuenta cómo mejorar la situación para los adultos mayores, respecto a esto se han efectuado varias investigaciones respecto al tema, como es el caso de:

En México en el año 2024 en el estudio (Percepción de la calidad de vida en adultos mayores que asistieron al Hospital General de Iguala, Guerrero)“, se menciona que; la percepción de la calidad de vida en adultos mayores está influenciada por variables socioculturales (costumbres, creencias, vínculos sociales y entorno). Aunque generalmente se asocia más con la salud física, elementos subjetivos también desempeñan un papel relevante. Este concepto varía según el género: los hombres tienen una percepción más alta (66.70%) en comparación con las mujeres (50%), evidenciando una brecha significativa. En el caso de los adultos mayores, la calidad de vida se relaciona con su salud, entorno, vínculos familiares y estado emocional. Además, el estudio destaca un sesgo de género y la necesidad de promover procesos educativos comunitarios que mejoren el bienestar y la salud de esta población. (Morales & Romero, 2024)

En Machala en el 2023 en el estudio “Calidad de vida y sus determinantes en los adultos mayores”, concluyeron que; La mayoría de los adultos mayores experimentan deterioro en el funcionamiento de algún órgano, junto con dificultades para adaptarse física, psicológica y socialmente. Además, existe una conexión directa entre el envejecimiento, el desarrollo de enfermedades, los cambios fisiológicos y la interacción entre los genes y el entorno. (Beltran & et al, 2023)

En Ambato en el año 2022 un estudio que evaluaba “Calidad de vida y autoestima en adultos mayores de una asociación de jubilados ecuatoriana”, se menciona que los adultos mayores presentan menor satisfacción en las dimensiones emocional, relaciones interpersonales, bienestar físico, sin embargo estos fueron el resultado de la pandemia del COVID-19, por lo tanto esto afectó la autoestima, además de otros factores tales como: la jubilación (percibida como la inutilidad o dejar de ser eficiente), viudez (percibida como soledad y falta de amor), y la edad (correlacionada con factores de concepto social). (Romero & Montoya, 2022)

En Cuenca en el año 2023 en el estudio (Calidad de vida en adultos mayores no institucionalizados de Cuenca - Ecuador), el estudio demuestra que los adultos mayores no institucionalizados del CAAM del IESS en Cuenca, Ecuador, perciben una calidad de vida moderadamente alta, destacando el dominio del entorno como el que más puntuación tiene. Esto refleja satisfacción con su hogar, acceso a servicios de salud y actividades recreativas, favoreciendo su integración social. Las percepciones son similares entre géneros, pero los viudos y quienes tienen mayor nivel educativo destacan en la valoración del entorno. (Samaniego & Quito, 2023)

IX. Justificación y relevancia

Estudiar y reconocer la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores representa un reto importante para la sociedad en términos de salud pública, servicios sociales y el bienestar en general, y sus efectos en los ámbitos (sociales, ambientales o emocionales), a pesar de que los servicios sociales y sanitarios constantemente están en mejoras, la percepción de la calidad de vida no siempre se correlaciona con su realidad.

Por ello, este estudio justifica la necesidad de evidenciar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores para generar alternativas en programas, planes y desarrollo de políticas públicas que aborden y otorguen espacios donde el adulto mayor se pueda desarrollar de manera integral.

Las personas que empiezan a envejecer suelen presentar problemas en la vida diaria fácilmente visibles como envejecimiento y debilitamiento de la piel, el cabello, en los músculos, las articulaciones, los movimientos y su comportamiento. Esto podría llamarse envejecimiento fisiológico o normal que son cambios inevitables comunes para todos los seres humanos que puede estar vinculados a varios factores como el desgaste propio de los órganos y sistemas o la carga genética familiar del individuo. Sin embargo, junto a los efectos del envejecimiento fisiológico normal, están los que suelen ser los efectos negativos (envejecimiento patológico) son aquellas que van dejando secuelas en el organismo por diversas situaciones sean conocidas o no, cirugías, mutilaciones que implican una posterior adaptación y suponen cambios fisiológicos que condicionan de cierta manera la forma en la que se envejece (Rivera, 2019). Los problemas individuales que presentan los adultos mayores son: el sobrepeso- obesidad y dependencia (enfermedades crónicas pueda manifestar la diabetes, hipertensión arterial, entre patologías, Alzheimer, Parkinson, Huntington, entre otras) dependencia moderada en la ejecución de las A.V.D; en cuanto a la situación familiar las deficiencias socioeconómicas y disfunción familiar (Aleman & Aleman, 2015)

Por lo tanto, estudiar la calidad de vida del adulto mayor tiene como objetivo generar resultados a partir de las pruebas WHOQOL-BREF, PGC-IADL y KATZ, los cuales evalúan la calidad de vida, y el nivel de realización de las actividades de la vida

diaria tanto para actividades sencillas como para las actividades complejas, los resultados pueden servir para:

Planificar y crear políticas públicas para garantizar el bienestar y el buen vivir del adulto mayor; concienciar en la sociedad, ya que actualmente los problemas del entorno generan la pérdida de responsabilidades, valores familiares y comunitarios en relación con los adultos mayores y desplegar acciones dirigidas a las problemáticas específicas vividas por los adultos mayores.

X. Objetivos

Objetivo general

Estudiar la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad.

Objetivos específicos

O.E.1 Caracterizar el perfil sociodemográfico de los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad.

O.E.2 Evidenciar las áreas con más necesidad de intervención sobre la calidad de vida en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad.

O.E.3 Medir el nivel de dependencia para realizar actividades Complejas y Básicas diarias en los adultos mayores de la Unidades de Atención “Mis mejores años” de Zhidmad.

XI. Marco teórico

Calidad de vida

La calidad de vida tiene un concepto que siempre ha sido de carácter integral, el cual engloba: la salud tanto física como psicológica, el nivel de independencia, las condiciones de vida y las relaciones interpersonales; incluso se ha llegado a considerar la calidad de vida desde la perspectiva también económica y política.

Algunos estudios sobre la calidad de vida sugieren que sus inicios fueron en la década de los 30, según el artículo (Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática) el origen del término calidad de vida nace desde el economista Arthur Pigou, quien, centro sus investigaciones en medir producto social marginal neto a partir de la inversión del estado en servicios sociales. Esto después de la segunda guerra mundial que fue tan devastadora que el interés por medir el bienestar social fue en incremento en todos los países. La ONU en 1954 definió el “nivel de vida” como la satisfacción de las necesidades de las personas, basándose en factores psicológicos, biológicos y socioeconómicos. Para 1961, un informe de la ONU identificó doce componentes clave del nivel de vida: alimento, salud, vivienda, educación, empleo, condiciones laborales, transporte, ahorro y consumo, vestimenta, recreación y libertades humanas. Este concepto pasó a ser conocido como "bienestar social", que incorpora la equidad y justicia social. Posteriormente, el texto de Smith titulado "La geografía del bienestar social en los Estados Unidos" analizó cómo los factores económicos y sociales influyen en distintos territorios. Utilizando métodos multivariados, representó las desigualdades mediante mapas y diagramas, subrayando la importancia de estudiar los factores sociales en diversos contextos geográficos. (Ramírez & et al, 2020)

La preocupación por un concepto más amplio comenzó en la década del 1960, según (Ruidiaz & Caballero, 2021) cuando la atención a la salud se vio influenciada por los cambios sociales y la aparición de nuevos modelos epidemiológicos del proceso de salud-enfermedad, se incluyeron los indicadores de morbilidad y mortalidad, con el fin de promover la calidad de vida, aliviar los síntomas y mejorar el nivel del funcionamiento humano, se comenzó a incluir el impacto de las enfermedades en el cuerpo humano con sus respectivos tratamientos con el fin de lograr bienestar, satisfacción y mejorar su capacidad física, psicológica y social.

La investigación más sobresaliente es la de Cambell, Converse y Rodgers, desde la Universidad de Michigan, investigaron la calidad de vida de 2,164 personas, evaluando aspectos como barrio, trabajo y satisfacción general. Tras ocho meses, revaluaron a 285 sujetos, concluyendo que las condiciones objetivas y los estados psicológicos estaban débilmente relacionados. El estudio buscaba identificar patrones entre cambios sociales y psicológicos y ofrecer indicadores representativos de la sociedad. (Ramírez & et al, 2020)

Históricamente ha existido dos postulados básicos de la calidad de vida primero se considera como una unidad integral y segundo se constituye la calidad de vida como un conjunto de unidades derivadas de la estructura social y el medio ambiente. (Ruidiaz & Caballero, 2021)

Sin embargo, en 1994 la OMS estableció que: “La calidad de vida es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural, valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, intereses”, incluyendo el estado

de salud física y mental, el estilo de vida, satisfacción con la vida y bienestar. (Benítez & et al, 2012)

En 1995, se creó la ISQOLS para fomentar estudios interdisciplinarios sobre calidad de vida. Cummins (1998) propuso medirla en dimensiones objetivas y subjetivas, mientras Casas (1996) vinculó la calidad de vida con el "buen vivir", considerando factores materiales y socioafectivos. En 2001, Cummins desarrolló el Well-Being Index (WBI), usado globalmente para evaluar bienestar personal y nacional. Tonon, entre 2002 y 2005, aplicó el WBI en Argentina, adaptándolo a distintos grupos. En 2012, comparó percepciones de calidad de vida entre Buenos Aires y su periferia. En 2015, Pérez Delgado evaluó adolescentes en Caracas, destacando la necesidad de adaptar estos instrumentos a contextos locales como Ecuador. (Ramírez & et al, 2020)

Teorías sobre la calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto que ha comenzado a usarse muy ampliamente en el sector de la salud y el bienestar pese a esto no existe una única definición o concepto que pueda abarcar ampliamente lo que significa la calidad de vida sin embargo existen diferentes teorías y conceptos, a continuación, revisaremos las teorías expuestas por (Urzua & Caqueo, 2012) en su artículo (Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto)

Según Borthwick-Duffy; Felce & Perry

a. Condiciones de vida

Según esta teoría la calidad de vida se mide sumando puntuaciones de cosas observables en una persona, como: la salud física, cómo y dónde vive (vivienda, entorno), las relaciones sociales y las actividades que realiza o su trabajo. El objetivo es medir algo que se pueda comparar entre personas de manera objetiva, usando datos concretos y números. Sin embargo, medir la calidad de vida como una suma de condiciones objetivas tiene sus limitaciones porque ignora la experiencia subjetiva de bienestar y el contexto cultural, político y social que también influyen en cómo las personas sienten su calidad de vida.

b. Satisfacción con la vida

Esta es una concepción que se relaciona con el nivel de satisfacción personal en diversos aspectos de la vida. Se destaca el bienestar subjetivo como un indicador clave, donde cada individuo evalúa su satisfacción con base en estándares internos o referentes personales.

Algunos autores proponen diferenciar lo subjetivo (satisfacción individual) y lo objetivo más general, destacando que medir la felicidad o satisfacción reportada puede ser útil para operacionalizar la Calidad de Vida, aunque puede no reflejar toda la complejidad de esta idea.

En resumen, la Calidad de Vida en esta teoría es una construcción multidimensional que integra elementos subjetivos y objetivos, y su evaluación requiere un enfoque que contemple las particularidades del individuo y su contexto.

c. Condiciones de vida + Satisfacción con la vida

La concepción de calidad de vida como una interacción entre factores objetivos y la percepción individual pretende abarcar tanto las condiciones materiales y sociales como la satisfacción personal. Desde esta perspectiva, los aspectos tangibles se evalúan a través de indicadores verificables (como los estados biológico, psicológico, social y económico), mientras que la dimensión subjetiva, basada en las experiencias y emociones asociadas a cada ámbito, complementa el análisis y ofrece una visión integral del bienestar.

Este enfoque destaca la complejidad de la CV al integrar aspectos objetivos y subjetivos, respetando la individualidad y la diversidad en las percepciones y experiencias de bienestar.

Felce & Perry Teoría de los valores personales, aspiraciones y expectativas.

d. Condiciones de vida (más) Satisfacción con la Vida (por) Valores

Esta teoría Introduce un elemento central que son los valores personales, que median tanto las condiciones objetivas como la satisfacción subjetiva, otorgando un enfoque dinámico al concepto. Este modelo considera que las percepciones individuales sobre bienestar están influenciadas por el sistema de valores, las metas, expectativas y estándares de cada persona.

La OMS refuerza esta visión a través de su modelo WHOQOL, el cual conceptualiza la calidad de vida como la evaluación subjetiva que una persona hace de su propia posición en la vida, considerando su contexto cultural, sistema de valores, objetivos personales, expectativas y parámetros establecidos en su entorno.

Es decir, la calidad de vida es la resultante de un autorreporte, donde el individuo evalúa su bienestar integrando elementos objetivos y subjetivos de distintas dimensiones de la vida (físico, social, emocional, etc.). La combinación de estas evaluaciones refleja el nivel percibido de bienestar o malestar.

e. Condiciones de vida (más) Satisfacción con la vida (por) Evaluación

Esta teoría destaca el papel central de los procesos cognitivos que las personas utilizan para evaluar sus condiciones objetivas y subjetivas de vida. Es así como la calidad de vida es entendida como un constructo multidimensional influenciado por estándares de comparación, expectativas y metas, cuyo resultado se expresa en una evaluación global de bienestar. la evaluación puede incluir; comparaciones intra e interpersonales, considerando brechas entre el estado actual, ideal, pasado y futuro, o en relación con otros; asignación de importancia a cada dominio evaluado, que varía según los valores personales y el contexto social; y un carácter dinámico, ya que los estándares de comparación y la percepción individual cambian con el tiempo.

Este modelo enfatiza que la percepción de Calidad de Vida se construye mediante un proceso de comparación constante, donde el tamaño de las discrepancias determina el grado de satisfacción o insatisfacción, siendo clave en la percepción de bienestar subjetivo.

f. Otras clasificaciones de Calidad de Vida

Existen diferentes ópticas desde las cuales también se puede mirar la calidad de vida, son las siguientes:

- Ferrans (1990a) identifica dos aproximaciones:

Vida normal. Se enfoca en indicadores observables del funcionamiento del individuo en la sociedad; y Evaluativa: Analiza cómo la persona percibe aspectos específicos de su vida, usando instrumentos diversos.

- Veenhoven (2000) clasifica la CV en cuatro componentes basados en la relación entre lo interno/externo y lo potencial/real:

Habitabilidad del entorno: Características externas que facilitan la vida (nivel de vida);

La capacidad para la vida: Habilidades internas para enfrentar problemas (potencial de adaptación); Utilidad de la vida: Contribución significativa a otros o la sociedad;

Apreciación de la vida: Percepción subjetiva del bienestar, satisfacción y felicidad.

- Spilker (1990): Modelo jerarquizado de CV

Nivel 1: CV general (percepción global); Nivel 2: Dimensiones o dominios específicos de la CV; Nivel 3: Aspectos específicos de cada dominio; Se plantea que puntuaciones bajas en niveles inferiores podrían impactar negativamente en la CV general, aunque esto no está comprobado.

- Cummins (2000) resalta:

La estabilidad del bienestar en personas adaptativas, a pesar de factores cambiantes; La evaluación de CV general requiere integrar los juicios sobre diversos dominios ponderados según su importancia; Estas clasificaciones reflejan cómo la CV se compone de múltiples dimensiones y niveles que interactúan de manera compleja, influenciados tanto por factores internos como externos.

Modelo de la OMS

La percepción de la calidad de vida del adulto mayor según (WHOQOL, 1998) en su prueba WHOQOL- BREF, existen 6 dimensiones a considerarse.

Salud Física. La salud física es el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo humano, este estado puede mantenerse en el tiempo con alimentación y ejercicio equilibrado. (Velasquez, 2019)

Salud Psicológica. “La salud mental es parte del bienestar que sustenta las capacidades individuales y colectivas de las personas para tomar decisiones establecer relaciones y dar forma al mundo” (National Geographic., 2022)

Nivel de Independencia. La dependencia es una condición que puede darse a largo de toda la vida en los seres humanos, sin embargo, en la situación de los adultos mayores esta se produce de manera recurrente, ya que, por el mismo deterioro de la salud, necesitan de personas que estén a para auxiliarles. (Guitierres, Garcia, & Jimenez, 2014). Existen distintos tipos de dependencias, Según (Guitierres, Garcia, & Jimenez) los cuales son:

Dependencia funcional. Es la pérdida de capacidades corporales o sensoriales que afectan las A.B.V.Ds, tales como: vestirse, acostarse, movilizarse, uso del sanitario, asearse o alimentarse.

Dependencia mental. Esta se refiere a la disminución de la función cognoscitiva es decir el deterioro cognitivo o demencia puede estar relacionada a las enfermedades mentales; incluye aspectos ansiosos, psicóticos o afecciones del sueño.

Dependencia económica. Esta se refiere a que la población adulto mayor generalmente no están activos en el mercado laboral, en algunas ocasiones de manera involuntaria y por ende dejan de percibir ingresos económicos; esto también en medida de que no hay plazas laborales para adultos mayores, por ende, tienen menos posibilidades de obtener un empleo, y dependen económicamente de familiares o allegados para poder sustentarse

Dependencia psicológica. Esta puede referirse a factores psicológicos o conductuales que desempeñan un papel importante en el adulto mayor, tales como mecanismos de afrontamiento o esta dependencia puede ser causada por afecciones físicas o mentales, propias de la edad como el desamparo o situaciones específicas que refuerzan la sensación de dependencia en los adultos mayores.

Relaciones Sociales. Una relación social es una construcción de la realidad vivida y percibida por los actores sociales es decir por los sujetos además de ello una relación social también puede hacer referencia a las redes sociales o de apoyo que tiene una persona (Grossetti, 2009). Es decir, una relación social es un vínculo o interacción entre

dos o más personas, basado en normas, expectativas, roles y comportamientos compartidos. Estas relaciones pueden ser de diferentes tipos, como familiares, laborales, de amistad, o románticas, y están influenciadas por factores como la cultura, el contexto social.

Ambiente. Se refiere a la seguridad física, el entorno del hogar, los recursos financieros, el acceso a servicios básicos, el transporte o el ocio, según (PSIQUIATRICA, 2022) el ambiente es “aquello que rodea a una persona y que le influye física y emocionalmente, pudiendo ser el entorno físico, biológico, social y cultural”.

Espiritualidad/religión/creencias personales. La espiritualidad es el camino que el hombre y la mujer han decidido tejer en sus realidades actuales en el cual abogan por el sentido de la vida y la existencia y el cual les permite la comprensión del mundo lo cual abre posibilidades para dogmatizar su existencia, entretejido con la espiritualidad está la religión sin embargo no son lo mismo ya que la religión es un conjunto de tradiciones y normas que una persona decide seguir y tener como creencia personal, sin embargo la espiritualidad la vive cada una de las personas. (Palacios, 2015)

Calidad de Vida del Adulto Mayor

La calidad de vida se refiere al bienestar general de una persona o comunidad, en el que abarca aspectos como la salud, la educación, los ingresos, la seguridad, el ambiente y las relaciones personales. Es una medida de la percepción de la satisfacción y confort en la vida diaria.

Señala (Ardila, 2003) en su artículo Calidad de vida: Una definición integradora; que “la calidad de vida se refiere a una propiedad que tiene un individuo para experimenta

situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno”, es decir que se considera que la combinación de los elementos objetivos y de la evaluación inicial de dichos elementos dadas por el sujeto, resultan en la calidad de vida objetiva y calidad de vida percibida y su interacción da como resultante la percepción de satisfacción general del sujeto.

Ahora la calidad de vida del adulto mayor no dista mucho del concepto general sin embarca si tiene distintos enfoques desde los cuales se pueden mirar que el adulto mayor pone más énfasis y peso, pues (Vera, 2007) menciona que el significado de calidad de vida para el adulto mayor es:

” Tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión en todo lo que se le relacione a él.” (pág. 288)

Envejecimiento

Envejecimiento normal. Envejecimiento normal es un proceso multifactorial que comienza mucho antes de la vejez, que tiene su curso determinado por características intrínsecas de cada persona; se podría definirlo como un proceso de desadaptación hasta que culmina en la muerte, además de ello es inevitable y que puede variar de cada individuo en tiempo, contexto, sitio geográfico, etcétera; este proceso representa un

incremento en la vulnerabilidad, disminución de la viabilidad del organismo (Caballero, 2010).

Es decir que es un proceso natural de cambios físicos, cognitivos y emocionales que suelen ser graduales y afectan diferentes aspectos del cuerpo, como la reducción de la masa muscular, la disminución de la densidad ósea, la menor elasticidad de la piel y ciertos cambios en la memoria y la capacidad cognitiva. Sin embargo, estos cambios no deben interferir significativamente con las actividades diarias ni implicar enfermedades, ya que son parte del proceso esperado de envejecimiento saludable.

Envejecimiento patológico. “El envejecimiento es patológico cuando la incidencia de procesos, fundamentalmente enfermedad, alteran los diversos parámetros e impiden o dificultan la correspondiente adaptación.” (pág. 4), es decir que el envejecimiento patológico se refiere a distintas causas originadas por enfermedades agudas o crónicas factores ambientales ámbitos tóxicos tales como el tabaquismo con las drogas o presencia de tumores traumatismos físicos estrés cotidiano y reacciones secundarias a algunos fármacos (Caballero, 2010).

Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.)

Las actividades diarias podrían definirse como acciones esenciales para mantener nuestro propio espacio y cuidado personal en la vivienda, pueden relacionarse con lo familiar, diario, cotidiano, con las necesidades humanas, con la independencia, y con el uso de tiempo según su complejidad. Se han establecido dos niveles actividades básicas y actividades instrumentales.

Tabla 1
Actividades de la vida diaria; Instrumentales y Básicas

Actividades De La Vida Diaria

Actividades	Ejemplos:
Básicas Son las actividades esenciales que realizamos para satisfacer nuestras necesidades básicas y sobrevivir. Estas actividades son universales, simples y, generalmente, se automatizan desde la infancia.	<ul style="list-style-type: none"> - Comer y beber. - Lavarse, ducharse y cuidar la higiene personal. - Vestirse. - Movilidad personal (caminar, levantarse de la cama). - Dormir y descansar.
Instrumentales. Son actividades más complejas que requieren un mayor esfuerzo cognitivo y social. Estas actividades no son esenciales para la supervivencia inmediata, pero son necesarias para vivir de forma independiente en la sociedad.	Ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> - Cocinar y preparar alimentos. - Hacer la compra. - Gestionar el dinero y pagar facturas. - Limpiar y mantener el hogar. - Usar transporte público o conducir. - Comunicarse por teléfono o internet.

Fuente: De elaboración propia a partir de Romero D. 2007 en su artículo (Actividades de la vida diaria).

XII. Variables y Dimensiones

A continuación se detallan las variables y dimensiones empleadas en el presente estudio, el cual se centra en la calidad de vida y el nivel de realización de las actividades de la vida diaria, con base a los instrumentos: la escala WHOQOL -BREF, el cual fue utilizado para evaluar la percepción de la calidad de vida en varios dominios: físico psicológico, ambiental y social; la escala PGC-IADL.

Tabla 2
Variables y Dimensiones

VARIABLES	DIMENSIONES
Salud física	Calidad de vida global y salud general Vigor- Agotamiento, Padecimiento - molestia, Reposo- Recuperación.
Salud psicológica	Percepción física – Aspecto, emociones negativas – emociones positivas, Autovaloración, Cognición.
Nivel de Independencia	Movilidad, Dependencia de medicamentos y ayudas médicas Capacidad laboral
Relaciones sociales	Relaciones impersonales, apoyo social y Actividad sexual
Ambiente	Recursos económicos Libertad y seguridad física Sistema sanitario social; Accesibilidad y calidad ambiente del hogar; Oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas participación y Oportunidades de recreo/ocio; Ambiente físico (Contaminación, Tráfico, Clima, Transporte)
A.V. D.	Actividades Básicas Actividades Instrumentales

Fuente: Elaborado por cuenta propia elaborado a partir de: (WHOQOL, 1998) y
(Romero D. , 2007).

XIII. Preguntas de investigación

¿Cómo perciben la calidad de vida los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES zonal 6?

¿Qué factores influyen en la calidad de vida de adultos mayores en una zona rural?

¿Qué nivel de realización de las actividades de la vida diaria Tiene los adultos mayores?

XIV. Marco metodológico

Perspectiva Metodológica

El trabajo de investigación fue desarrollado con un enfoque cuantitativo cualitativo, ya que mediante el análisis de los Instrumentos aplicados (cualitativo) se procedió al análisis estadístico (cuantitativo) de las respuestas de los adultos mayores, pues se pretende reflejar con datos y numéricos la percepción de la calidad de vida. Así como lo menciona (Kathryn, 2009) “el diseño de metodología mixta es un diseño de investigación en el cual se mezclan datos cuantitativos y cualitativos ya sea en un estudio o en varios estudios dentro de un programa de investigación” (pág. 60).

Diseño de Investigación

Conforme al objetivo general de estudiar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores de la unidad de atención social mis mejores años Zhidmad, planteado para el presente estudio de investigación se realizó un diseño no experimental debido a que se indicó las distintas variables mencionadas dentro del proceso de investigación y

además se procedió a la aplicación de instrumentos psicológicos psicométricos, y las mismas no fueron manipuladas por parte de los investigadores.

De esta forma el tipo de estudio que se realizará en este caso es del tipo descriptivo debido a que se caracterizará y explicará las variables, este estudio se limitó a medir características o la distribución de un fenómeno en la población de estudio en un tiempo limitado, es decir describir la frecuencia de las características más importantes de este problema y proporcionar datos sobre dónde basar hipótesis razonables. (Veiga & et al, 2008).

Tipo de investigación

Instrumentos y técnicas de producción de datos

Para llevar a cabo la recolección de datos en la investigación, se emplearon tres instrumentos psicométricos, los cuales son métodos estructurados y validados que permitieron analizar, tanto de manera cuantitativa como cualitativa, diversas características no visibles ni físicas en cada uno de los participantes. A continuación, se presentan los reactivos utilizados:

Instrumento de calidad de vida de la organización mundial de la salud. WHOQOL-BREF

El nombre completo de este instrumento es WHO Quality of Life-BREF, el desarrollador es la Organización Mundial de la Salud, cuyo propósito es evaluar la calidad de vida en diferentes grupos de población y en distintas áreas de bienestar (físico, psicológico, social y ambiental).

Este instrumento cuenta con 26 ítems en total, de los cuales los dominios evaluados son: Salud física (7 ítems), Salud psicológica (6 ítems), Relaciones sociales (3 ítems) y Ambiente (8 ítems). Además, cuenta con ítems generales: dos preguntas adicionales sobre la percepción general de la calidad de vida y de la salud. ((OMS), 1994)

El tipo de ítems se basa en la escala tipo Likert de 5 puntos, donde, 1 = Muy insatisfecho/Muy malo; 5 = Muy satisfecho/Muy bueno. En donde las respuestas se suman en cada dominio y se transforman a una escala de 4-20 o 0-100. Las puntuaciones más altas indican una mejor percepción de la calidad de vida.

Siendo la población objetivo Personas adultas (18 años o más), incluyendo población sana y con problemas de salud, además de ser para personas en que estén en clínicas o no. Es aplicable a diversas culturas y contextos.

El tiempo de aplicación es de unos 5-10 minutos, en el que un entrevistador puede autoadministrarlo o aplicarlo si la persona no tiene facultades para escribir o por alguna otra complicación.

Este instrumento puede ser utilizado en la Investigación en salud pública, clínica, evaluación de intervenciones, estudios de calidad de vida en diferentes poblaciones; cuya Fiabilidad nos muestran una buena consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach ≥ 0.70 en la mayoría de los dominios).

Además de ellos esta prueba ya ha sido validada en distintos países cercanos al Ecuador como México y Perú, incluido en varios estudios que demuestran su validez para medir la calidad de vida en distintas poblaciones. Incluyendo la adaptación y traducción a numerosos idiomas, incluyendo español. (WHOQOL, 1998)

Test PGC – IADL (Escala Philadelphia Geriatric Center – Instrumental Activities of Daily Living)

Es un instrumento desarrollado por M. Powell Lawton y su equipo en el Centro Geriátrico de Philadelphia; Cuyo objetivo principal es evaluar la capacidad funcional y el grado de independencia de los adultos mayores en actividades instrumentales de la vida diaria que son más complejas que las actividades básicas.

Cuenta generalmente con ítems desde 7 a 15 ítems, dependiendo de la versión utilizada, y evalúa las siguientes actividades: Uso del teléfono, Compras, Preparación de comidas, Cuidado de la casa, Lavado de ropa, Uso de transporte, Manejo de medicación, Manejo de finanzas. Las repuestas a esta prueba reflejan diferentes niveles de independencia, como "completamente independiente", "necesita ayuda" o "dependiente". Cada ítem se puntúa en función de la independencia del evaluado, sumando las respuestas para obtener una puntuación total que indica el grado de independencia. Las puntuaciones más bajas sugieren mayor dependencia, mientras que las más altas indican mayor independencia. Una puntuación total permite determinar si la persona evaluada es independiente, necesita ayuda parcial o es dependiente en la mayoría de las actividades instrumentales de la vida diaria.

El tiempo previsto para la administración de la prueba es entre 10 y 20 minutos, dependiendo de la capacidad de la persona evaluada y de si se administran todas las preguntas. Puede administrarse mediante entrevista directa al adulto mayor o a sus cuidadores. Es común que sea utilizado en evaluaciones geriátricas en clínicas, hospitales, hogares de cuidado y estudios de investigación relacionados con la capacidad funcional en adultos mayores.

La prueba ha sido validada en estudios para medir la capacidad funcional de los adultos mayores. La escala ha sido usada en diferentes entornos culturales y se ha adaptado para distintas poblaciones. (Lawton & Brody, 1969)

Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria de Katz

La Escala de Katz es un índice desarrollado por Sídney Katz y colaboradores, cuyo objetivo es evaluar la independencia de una persona en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), principalmente en adultos mayores.

Tiene 6 ítems, de los que se desprenden: Baño, Vestido, Uso del sanitario, Movilidad (transferencias cama-silla), Continencia y alimentación. Los ítems se evalúan binariamente, cada actividad se califica como independiente o dependiente. Cada ítem se califica de forma binaria (0 = dependiente, 1 = independiente).

La puntuación total varía de 0 a 6. Cuya puntuación es: (6 puntos: Independencia total), (4-5 puntos: Dependencia moderada (requiere cierta ayuda)), (≤ 3 puntos: Alta dependencia (requiere asistencia significativa o completa)). Una mayor puntuación refleja mayor independencia en las actividades básicas de la vida diaria, mientras que una puntuación más baja indica un mayor nivel de dependencia y necesidad de apoyo.

El tiempo de administración suele ser de unos 10 minutos, y puede administrarse por un profesional de salud, como enfermeras o terapeutas, mediante observación o entrevista al paciente o a su cuidador, se aplica en clínicas, hospitales, residencias de cuidado, estudios de salud comunitarios y evaluaciones geriátricas.

Ha sido validado en múltiples estudios como una herramienta eficaz para medir la independencia funcional en adultos mayores y otras poblaciones. (Katz & et al, 1963)

Criterio Ético

En el proceso de recolección de datos se desarrolló el cumplimiento de los principios éticos, para lo que la investigación contó con la autorización de Dirección distrital del MIES Gualaceo con oficio número MIES-CZ-6-DEJE-2024-0455-OF. Adicionalmente, se firmó un acuerdo de confidencialidad de los datos de los usuarios, para el uso de la información exclusivamente para fines académicos, y no de lucro.

Criterios de Inclusión

Todos los adultos mayores de 65 años en adelante pertenecientes a la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6-parroquia Zhidmad.

Criterios de Exclusión

Los adultos mayores que se sumen después a la unidad de atención luego de ya haber comenzado con la recopilación de datos.

Plan de análisis

Toda la información recopilada en este estudio fue procesada, y en el caso de la Escala WHOQOL-BREF, se realizó la puntuación y conversión de los resultados en Microsoft Excel. Posteriormente, los datos fueron transferidos al software SPSS para obtener los análisis estadísticos de cada variable, comenzando con la caracterización demográfica de la muestra, conformada por adultos mayores de la unidad de atención social MIES. Del mismo modo, se analizaron los datos estadísticos y numéricos correspondientes al Índice de Katz y al Test PGC-IADL.

XV. Población y Muestra

Población

Para realizar el presente estudio de investigación se trabajó con la población de usuarios de la unidad de atención domiciliaria MÍES mis mejores años, Zonal 6 en Zhidmad en adultos mayores sin discapacidad, cuya unidad de atención cuenta con 40 usuarios en rangos de edad comprendidos entre los 65 y 99 años para el proceso investigativo se realizó el estudio y con un total de 37 usuarios como muestra, la meta era el trabajar con el total de usuarios, sin embargo, cuando nos acercamos a la una usuaria ella menciona que no estaba dispuesta a colaborar, ya que, ella había escuchado que le podrían retirar el “bono de desarrollo humano”, otra de las personas que no pudo colaborar, fue porque ya por la edad y enfermedad los parientes la habían trasladado a la costa para su cuidado; y finalmente, la persona no se encontraba en la comunidad desde hace tiempos y el propio cuidador del mies no había podido dar con su paradero, se sospecha que la usuaria estaría con algún familiar en la ciudad de Cuenca o la costa, por los demás usuarios de la unidad de atención social todos participaron de una manera voluntaria.

Tipo de Muestra

En la presente investigación se realizó un muestreo en base a las muestras no probabilísticas ya que, la elección de una de unidad de análisis no depende de la probabilidad estadística sino de la decisión propia del investigador, como es el caso de la elección de la unidad a trabajar. Así como (Pimienta, 2000) menciona que las muestras no probabilísticas;

Son aleatorias de ahí que se diga que no son representativas sino casuales y se basan en supuestos generales sobre la distribución de variables en la población, por ejemplo; se juzga una canasta de uvas probando solo una de ellas. Además, se menciona que estos tipos de muestras se pueden usar en física biología o psicología los elementos que se estudian se seleccionan de forma casual o bien porque reúnen ciertas características concretas.”
(pág. 265)

XVI. Descripción de los datos producidos

Participaron un total de 37 de los 40 usuarios, todos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos psicométricos fueron tomados en forma de entrevistas, ya que la población no contaba con el conocimiento ni las aptitudes necesarias para llenarlos de manera personal.

Los datos obtenidos se subdividen de la siguiente forma:

Rango de edad. El rango abarca entre 66 y 99 años, el 40,54 % de 15 usuarios, entre 66 y 76 años, de igual manera el 37,84% de 15 usuarios, entre 77 y 87 años, y el 21,62 % de 8 usuarios, entre 88 y 99 años.

Genero. La población de adultos mayores cuenta con 40 usuarios, de los cuales solo participaron 37, siendo que, el 24,3% corresponde a 9 hombres y el 75,7% corresponde a 28 mujeres.

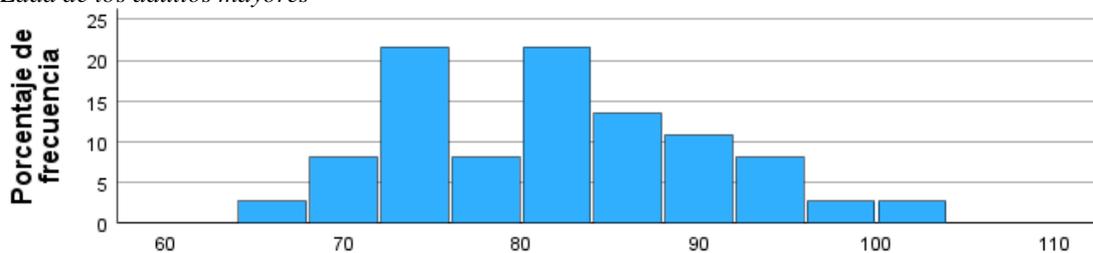
XVII. Presentación de los resultados descriptivos

Los resultados de esta investigación a continuación están organizados en tres secciones las mismas se derivan de los objetivos específicos, de tal manera, que es posible visibilizar el cumplimiento del objetivo general de esta investigación, el cual es; “Estudiar la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad”

A continuación, se demuestra los resultados para dar por cumplido al primer objetivo que es: Caracterizar el perfil sociodemográfico de los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad.

Figura 1

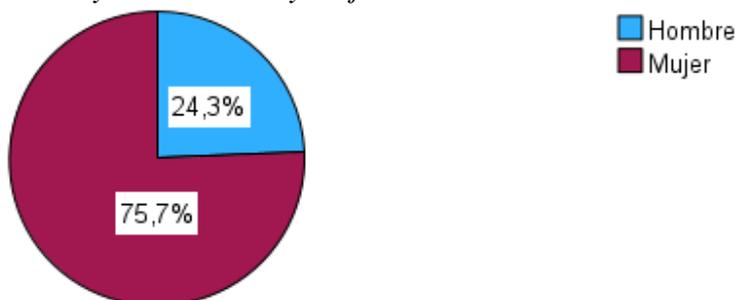
Edad de los adultos mayores



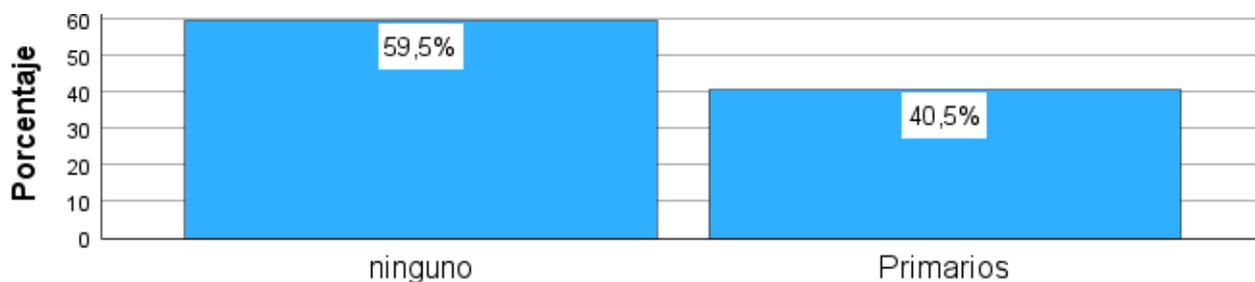
Fuente: elaboración propia según la información de la edad de los usuarios de la unidad de atención.

Figura 2

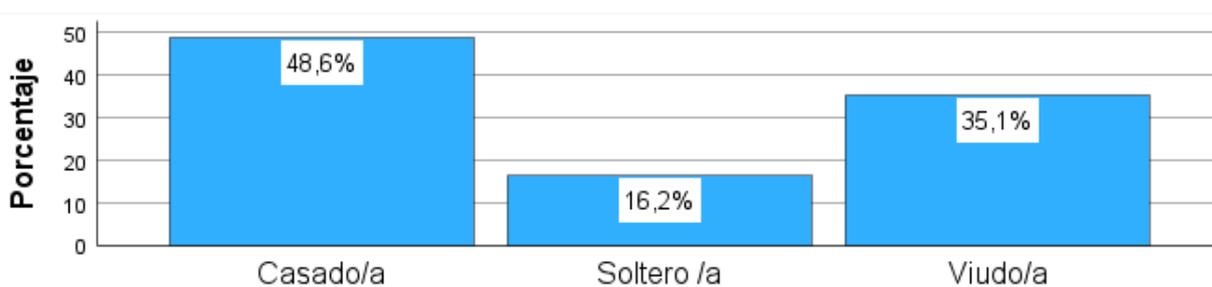
Adultos mayores hombres y mujeres



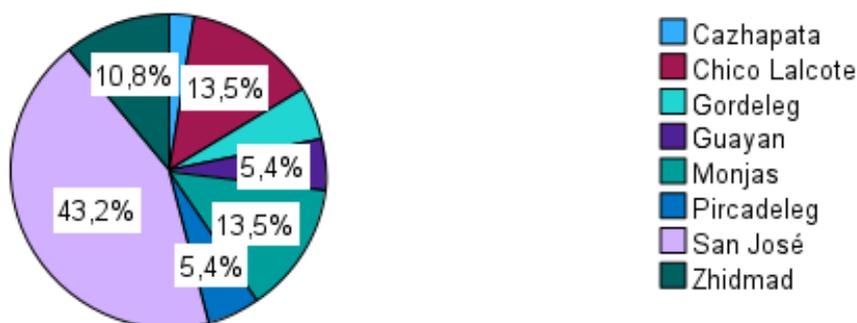
Fuente: elaboración propia según la información sexual de los usuarios de la unidad de atención.

Figura 3*Nivel de instrucción de los adultos mayores*

Fuente: De elaboración propia en base a la información al nivel de Instrucción de los usuarios de la unidad de atención.

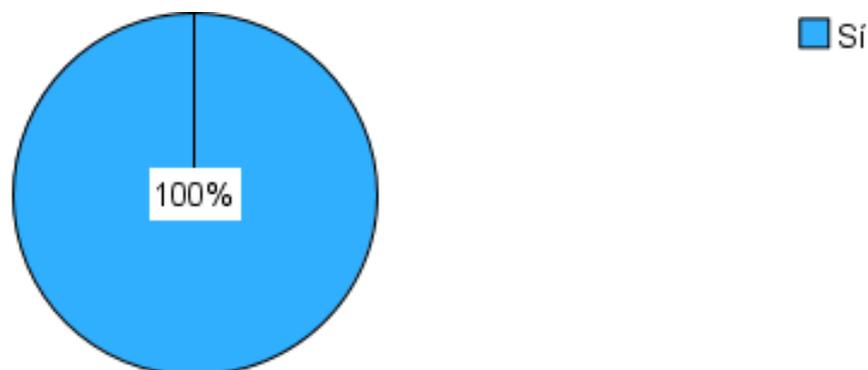
Figura 4*Estado civil de los adultos mayores*

Fuente: elaboración propia según el estado civil de los usuarios de la unidad de atención.

Figura 5*Comunidad a la que pertenecen los usuarios*

Fuente: elaboración propia según la información sexual de los usuarios de la unidad de atención.

Figura 6
Enfermedad presente en los adultos mayores



Fuente: De elaboración propia en base a la pregunta; “¿En la actualidad está enfermo/a?”, hecha a los usuarios de la unidad de Atención.

A continuación, se presenta la tabla general de los datos correspondientes a las figuras 1, 2, 3, 4, 5, y 6

Tabla 3
Caracterización sociodemográfica de la muestra de usuarios de la Unidad de atención social MIES.

Datos Sociodemográficos			
Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Rango de edad.	66 a 76	15	40,54%
	77 a 87	14	37,84%
	88 a 99	8	21,62%
Genero	Hombre	9	24,3%
	Mujer	28	75,7%
Nivel de Instrucción.	Ninguno	22	59,5%
	Primaria	15	40,5%
Estado civil	Casado/a	18	48,6%
	Viudo/a	13	35,1%
	Soltero/a	6	16,2%
Comunidad	San José	16	42,2%
	Chicolalcote	5	13,5%
	Monjas	5	13,5%
	Zhidmad	4	10,8%
	Gordeleg	2	5,4%
	Guayan	2	5,4%
	Pircadeleg	2	5,4%

	Cazhapata	1	2,7%
Enfermedad	SI	37	100%

Fuente: De elaboración propia a partir de los datos recolectados de los usuarios encuestados.

En la tabla 4, se representa, el rango de edad, desde 66 a 99 años representa el 40,54 % que corresponde a 15 usuarios con 37,84%, el rango de 66 a 76 años de igual manera el 37,84% que corresponde a 15 usuarios, que se encuentran en el rango de 77 a 87 años, y finalmente el 21,62 % que corresponde a 8 usuarios, que se encuentran en el rango de 88 a 99, lo que significa que el mayor porcentaje de adultos mayores está entre 66 y 76 años.

De igual manera, el Género. La población de adultos mayores cuenta con 37 usuarios, de los cuales, el 24,3% corresponde a 9 hombres y el 75,7% corresponde a 28 mujeres. Lo cual, significa que existen más mujeres que hombres, podría significar un indicador de longevidad en mujeres.

El Nivel de Instrucción. El nivel de instrucción de los adultos mayores corresponde a “Ninguna” instrucción con 59,5% con 22 usuarios, y finalmente “Primarios” con 40,5% con 15 usuarios, muchos de ellos comentaron que se acogieron a un programa lanzado por el gobierno que enseña a adultos mayores a leer y a escribir, y por ello aprendieron.

El estado civil. El 48,6% de la población está “Casado/a” con 18 usuarios, el 35,10% esta “viudo/a” con 13 usuarios, y finalmente el 16,2% con 6 usuarios está soltero/a, lo cual significa que le mayor número de usuarios está casado y solo por debajo están viudos, muy por el contrario, con las personas solteras, vemos que la tendencia esta población de usuarios es que están casado o viudos.

La Comunidad a la que pertenece. Del total de la muestra, el 43,20% con 16 usuarios corresponden a la comunidad de San José, el 13,5% con 5 usuarios corresponden a la comunidad de Chico Lalcote, el 13,5% con 5 usuarios corresponden a la comunidad de Monjas, el 10,8% con 4 usuarios corresponden a la comunidad e Zhidmad, el 5,4% con 2 usuarios corresponde a la comunidad de Gordeleg, el 5,4% con 2 usuarios corresponde a la comunidad de Guayan, el 5,4% con 2 usuarios corresponde a la comunidad de Pircadeleg, y finalmente el 2,7% corresponde con 1 usuario corresponde a la comunidad de Cahzapa, se puede observar que el mayor porcentaje de la población adulta mayor se encuentra en San José, y menos población en Gordeleg, Guayan, Pircadeleg y Cahzapata.

Finalmente, Si presenta o No alguna Enfermedad: Los resultados reflejan que el 100% con 37 usuarios de la muestra tiene enfermedades no propias del envejecimiento normal, lo cual significa que los adultos mayores tienden a tener un envejecimiento con presencias de alguna patología o enfermedad.

A continuación, la tabla correspondiente al Tipo de enfermedad que tienen los adultos mayores de la unidad de atención domicilia MIES “mis mejores años”.

Tabla 4

Tipos de enfermedades presentes en los adultos mayores

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Vértigo	1	1,35%
Algia Abdominal	2	2,70%
Cefalea	8	10,81%
Síncope	1	1,35%
Cervicalita	3	4,05%
Hipertensión Arterial	8	10,81%
Poligalia	6	8,11%
Artritis	15	20,27%
Anemia	1	1,35%
Hipertiroidismo	15	20,27%

Hipoacusia	3	4,05%
Artrosis	1	1,35%
Diabetes	2	2,70%
Hipo visión	1	1,35%
Hernia	1	1,35%
Herpes	1	1,35%
Disforia	1	1,35%
Reumatismo	1	1,35%
Marcapasos	1	1,35%
Gastritis	1	1,35%
Osteoporosis	1	1,35%

Fuente: De elaboración propia a partir de los datos recolectados de los usuarios encuestados y entrevistados a partir de la prueba WHOQOL-BREF.

En la tabla número 4 se presenta el tipo de enfermedad que tiene los adultos mayores y con una frecuencia alta tenemos a la artritis que 15 adultos mayores la presentan siendo el porcentaje del 20,27% de las enfermedades en el mismo número tenemos al hipertiroidismo de igual manera 15 adultos mayores la presentan con un porcentaje de 20 a 27% le sigue la cefalea con una frecuencia de 8 usuarios correspondiente a 10,81% le sigue la hipertensión arterial con una frecuencia de ocho usuarios correspondiente al 10,81% a continuación la Poligalia que qué es característica por tener diferentes dolores en distintas partes del cuerpo con una frecuencia de seis usuarios correspondiente a 8,11%.

De la misma manera, se presentan los resultados danfo cumplimiento al segundo objetivo el cual es: evidenciar las áreas con más necesidad de intervención sobre la calidad de vida en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad.

Para evidenciar las áreas con más necesidad sobre la calidad de vida de los adultos mayores es necesario conocer todos los resultados del Instrumento WHOQOL-BREF:

Tabla 5*Frecuencia y porcentaje de la calidad de vida o en relación con el rango de edad*

Variable rango de edad	Dimensiones de la calidad de vida	Calidad de vida muy baja 0-20		Calidad de vida baja 21-40		Calidad de vida moderada o regular 41- 60		Calidad de vida buena 61-80		Calidad de vida muy buena 81- 100		total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
66 a 76	Dominio de salud física	-	-	5	13.5%	4	10,8%	2	5.4%	1	2.7%	12	32.4%
77 a 87		-	-	6	16.2%	7	18.9%	3	3.1%	-	-	16	43.2%
88 a 99		1	2.7%	4	10.8%	3	3.1%	1	2.7%	-	-	9	24.3%
66 a 76	Dominio de salud psicológica	1	2.7%	5	13.5%	4	10,8%	1	2.7%	1	2.7%	12	32.4%
77 a 87		-	-	3	3.1%	8	21.6%	5	13.5%	-	-	16	43.2%
88 a 99		2	5.4%	2	5.4%	3	3.1%	2	5.4%	-	-	9	24.3%
66 a 76	Dominio de Relaciones sociales	1	2.7%	3	3.1%	8	21.6%	-	-	-	-	12	32.4%
77 a 87		-	-	3	3.1%	13	35.1%	-	-	-	-	16	43.2%
88 a 99		1	2.7%	2	5.4%	6	16.2%	-	-	-	-	9	24.3%
66 a 76	Dominio de entorno	-	-	5	13.5%	7	18.9%	3	3.1%	-	-	15	40.5%
77 a 87		-	-	5	13.5%	8	21.6%	1	2.7%	-	-	14	37.8%
88 a 99		-	-	4	10,8%	4	10,8%	-	-	-	-	8	21.6%
66 a 76	Calidad de vida global	1	2.7%	5	13.5%	3	3.1%	2	5.4%	1	2.7%	12	32.4%
77 a 87		-	-	4	10.8%	4	10.8%	7	18.9%	1	2.7%	16	43.2%
88 a 99		-	-	3	3.1%	3	3.1%	3	3.1%	-	-	9	24.3%

Fuente: De elaboración propia a partir de los datos recolectados de los usuarios encuestados de la prueba WHOQOL-BREF.

En la tabla 4, donde se representa el nivel de la calidad de vida en adultos mayores, se establece que en el rango de edad oscila entre 66 y 76 años.

El dominio de salud física que evalúa (la percepción sobre el bienestar físico, energía, dolor, movilidad y dependencia de tratamientos médicos.); Con una frecuencia

de cuatro usuarios y con el porcentaje de 10,8% correspondiendo a la calidad de vida moderada o regular, mientras que en el rango de edad de 76 a 87 con una frecuencia de 7 usuarios y con un porcentaje de 18,9% la calidad de vida es moderada o regular y finalmente el rango de edad de 88 a 99 años. Con estos resultados se puede decir que el dominio de la salud física con 10,8% correspondiendo a cuatro usuarios la calidad de vida es baja en la salud física, lo cual, podría significar que la calidad de vida en el dominio de la salud física, entre los 66 a los 87 años es regular mientras que la edad va avanzando de allí en adelante es mala o baja.

En el dominio de salud psicológica que evalúa (Mide emociones positivas y negativas, autoestima y satisfacción con la vida.); En el rango de edad de 66 a 76 años el porcentaje mayor es de 13,5% correspondiente a cinco usuarios en el nivel de calidad de vida baja mientras que en el rango de edad de 77 a 87 años con un porcentaje de 21,6% con una frecuencia de 8 usuarios le corresponde a la calidad de vida moderada o regular y finalmente en el rango de edad de 88 a 99 años con una frecuencia de tres usuarios y un porcentaje de 3,1% la calidad de vida es moderada o regular con respecto a la salud psicológica, podemos decir que respecto al dominio de la salud psicológica esta oscila entre Regular y baja en todos los rangos de edad, derivando que muchos de los adultos mayores sufren de abandono o pocas personas los visitan de vez en cuando, muchos de ellos llegaron a mencionar que “se sienten solos”, “mi familia casi no me visita”, en sus hogares lo cual les hace sentir menospreciados y poco valorados.

En el dominio de las relaciones sociales, en el rango de edad de 66 a 76 años, con un porcentaje de 21,6% y una frecuencia de 8 usuarios la calidad de vida es moderada o regular mientras que en el rango de edad de 77 a 87 años con un 35,1% con una frecuencia

de 13 usuarios la calidad de vida es moderada o regular y finalmente en el rango de edad de 88 a 99 años con un porcentaje de 16,2% y una frecuencia de 6 usuarios la calidad de vida sigue siendo moderada o regular, aquí se puede observar que los adultos mayores respondieron que su calidad de vida respecto a las relaciones sociales es moderada o regular, esto podría deberse a que aún estas personas viven en un ambiente comunitario en el cual los vecinos o amigos los visitan y se preocupan por ellos, por ejemplo una adulta mayor ochentava que tenía vecinos que venían periódicamente a limpiar su vivienda y a dejarle regalos que le servían para el diario vivir como una cocina o cobijas, también está el hecho que el mismo Tutor asignado para la unidad de atención social, está constantemente visitándolos, animándolos e invitándolos a los programas y eventos que se realizan para ellos, en los distintos lugares de la parroquia o el cantón Gualaceo, desde la dirección zonal MIES.

En El dominio del entorno que evalúa (Evalúa el acceso a recursos, seguridad, transporte y calidad del ambiente físico); en el rango de edad de 66 a 76 años con un porcentaje de 18,9% la calidad de vida es moderada a regular mientras que en el rango de edades 77 a 87 años con un porcentaje de 21,6% la calidad de vida sigue siendo moderada o regular y finalmente en el rango de edad de 88 a 99 años la calidad de vida está a la mitad con 10,8% con una frecuencia de 4 la calidad de vida baja y con un porcentaje de 10,8 y una frecuencia de 4 usuarios la calidad de vida moderada, en el entorno.; podemos observar que en el rango de edad desde los 66 hasta los 87 años la calidad de vida del entorno es moderada o regular y después de esas edades la proporción más alta corresponde a calidad de vida baja en el entorno, esto podría deberse a que muchos de los adultos mayores mencionaron que con la ayuda del tutor del MIES los médicos los visitaban con más frecuencia, y su hogar estaba cerca de las carreteras por ello tiene

acceso a un medio de transporte, ya para los adultos mayores de más edad se le hace más difícil la movilidad y a muchos con su envejecimiento patológico las medicinas son más caras y de difícil acceso gratuito.

Finalmente en la calidad de vida global en el rango de edad de 66 a 76 años con un porcentaje de 13,5% y una frecuencia de 5 usuarios la calidad de vida es baja mientras que en el rango de edad de 77 a 87 años con un porcentaje de 18,9% y una frecuencia de 7 usuarios la calidad de vida es buena, finalmente en el rango de edad de 88 a 99 años con tres usuarios y un porcentaje de 3,1% la calidad de vida baja de la misma manera con un porcentaje de 3,1% y una frecuencia de tres usuarios la calidad de vida es moderada o regular y de la misma manera con un porcentaje de 3,1% y una frecuencia de tres usuarios la calidad de vida es buena, en este apartado el propósito es el de investigar en general la percepción de su vida, por ende se puede decir que los adultos mayores oscilan entre moderada y baja a partir de los 87 años de edad puesto que muchos de los adultos mayores pertenecientes a este rango mencionaron que están buenitos pero les gustaría que los visitan más, “ahí paso mi vida, ojala diosito me llevara” o “ahí no se puede estar bien”, “la vida del mayor es estar solo”. Sin embargo, al ser una población derivada de MIES, puede observar que los adultos mayores se cohibían y no me decía las realidades de cómo se sentían por el miedo a que de pronto les retiren el bono de desarrollo humano, si decían que están bien.

En todos los dominios de la calidad de vida oscila entre calidad de vida baja y calidad de vida moderada lo que quiere decir que en la escala de 0 a 100 la calidad de vida de los usuarios es de 21 puntos a 61 puntos, lo cual quiere decir que los usuarios llevan una calidad de vida moderada, sin embargo, en la lista de prioridades se

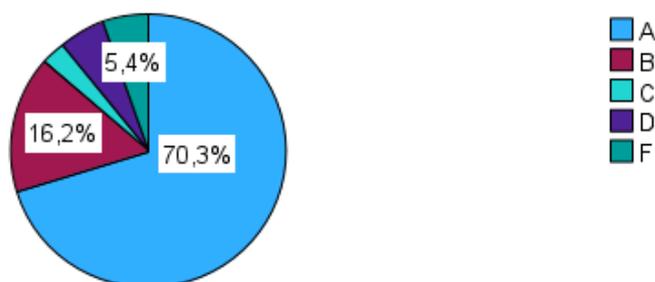
jerarquizaría así en el dominio de las **relaciones sociales** los adultos mayores han marcado con más frecuencia que su calidad de vida es baja, el segundo con más prioridad es en el dominio de la **salud física** en el cual los adultos mayores han colocado un porcentaje de calidad de vida baja o calidad de vida moderada, en la jerarquía en el puesto número 3 ,está la **salud psicológica** en donde los adultos mayores han colocado que su salud psicológica oscila entre calidad de vida baja y calidad de vida moderada, finalmente en el dominio del **entorno** en donde los adultos mayores han marcado según los porcentajes que su calidad de vida es moderada o regular.

Finalmente para dar cumplimiento al objetivo tres, el cual es: Medir el nivel de dependencia para realizar actividades Complejas y Básicas diarias en los adultos mayores de la Unidades de Atención “Mis mejores años” de Zhidmad, se ha hecho la utilización de los dos insumos; el Test PGC – IADL; y el Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria de Katz, que como sus nombres lo indica miden el nivel de realización de las actividades diarias tanto Básicas como instrumentales.

Comenzamos con las Actividades Básicas de la Vida Diaria, presentamos la tabla y figura.

Figura 7

Nivel de realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria



Fuente: De elaboración propia a partir de los datos recolectados de los usuarios encuestados del Índice Katz.

Tabla 6*Nivel de realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
A	26	70.3%
B	6	16,2%
C	1	2,7%
D	2	5,4%
F	2	5,4%

Fuente: De elaboración propia a partir de los datos recolectados de los usuarios encuestados del Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria de Katz.

En la figura número 7 y tabla número 5, podemos observar el nivel de realización de las actividades básicas de la vida diaria según el índice de dependencia de en las actividades de la vida diaria según el (Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function) Índice Katz, el cual tiene varios niveles de la “A” a la “H”; siendo

- “A” independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria
- “B” independencia en todas las actividades menos en una
- “C” independencia en todos menos en bañarse y otra actividad adicional
- “D” independencia en todo menos bañarse vestirse y otra actividad adicional
- “E” dependiendo en el baño vestido uso del sanitario y otra actividad adicional
- “F” dependencia en el baño vestido uso de sanitario transferencias y otra actividad adicional
- “G” dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria
- “H” dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E Y F
- “F” pertenece a otra situación no descrita por los Ítems

Mencionado esto, según la tabla tenemos un porcentaje de 70,3% con una frecuencia de 26 usuarios en el nivel a correspondiente a independencia en todas las A.B.V.D, en el siguiente 16,2% con una frecuencia de 6 usuarios en el nivel el cual representa la independencia en todas las actividades menos en una, en el siguiente 2,7% con una frecuencia de un usuario en el nivel c el cual representa independencia en todas menos en bañarse y otra actividad adicional en el siguiente 5,4% con una frecuencia de 2 usuarios, saltándonos al nivel “C” del cual es independencia en todo menos bañarse vestirse y otra actividad adicional, y finalmente el 5,4% con una frecuencia de 2 usuarios en el nivel “A” el cual representa dependencia en el baño vestido uso de sanitario transferencias y otra actividad adicional. Esta Tabla y Grafico nos demuestra que los adultos mayores tienen casi una dependencia total para realizar actividades a pesar de su envejecimiento patológico, esto puede deberse a que los adultos mayores están en constante movimiento y sus músculos no se han atrofiado.

Finalmente, la escala PGC – IADL, para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. En este caso los datos se procesan de manera diferente tanto para hombres como mujeres.

Tabla 7
Nivel de dependencia en las A.I.V.Ds.

Genero	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	Dependencia Total	7	18.9%
	Dependencia Grave	8	21.6%
	Dependencia Moderada	3	8.1%
	Dependencia Ligera	9	24.3%
	Autónoma	1	2.7%
Hombre	Dependencia Total	1	2.7%
	Dependencia Moderada	1	2.7%
	Dependencia Ligera	2	5.4%
	Autónoma	3	8.1%

Fuente: De elaboración propia a partir de los datos recolectados de los usuarios encuestados de la escala PGC – IADL.

En la tabla número 6 se describe el nivel de dependencia en las actividades instrumentales que evalúa las actividades, “Capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación, y capacidad para utilizar al teléfono” (Lawton & Brody, 1969) de la vida diaria esta clasificación se hace en dos partes una distinta para mujer y una distinta para hombre; En la mujer tenemos la dependencia total, con un porcentaje del 18,9% con una frecuencia de 7 usuarias, en la dependencia grave con una frecuencia de 21,6% con una frecuencia de 8 usuarias, en la dependencia moderada el 8.1% con una frecuencia de tres usuarias en la dependencia ligera, el 24.3% con una frecuencia de 9 usuarios y finalmente en autónoma con un porcentaje de 2,7% y una frecuencia de una usuaria. Vemos que la dependencia total para realizar actividades Instrumentales en la mujer está entre Dependencia ligera y Dependencia total, esto puede deberse a que primero el nivel de escolaridad es bajo y segundo ya por la edad y la enfermedad se les dificulta realizar varias de esas actividades.

Y finalmente la clasificación para hombres tenemos un porcentaje de 2,7% con una frecuencia de uno representando la dependencia total en cambio la dependencia moderada con un porcentaje de 2,7% con una frecuencia de un usuario en la dependencia ligera con un porcentaje de 5,4% con una frecuencia de dos usuarios y en la autónoma el 8.1 por ciento con una frecuencia de tres usuarios. Vemos que la dependencia oscila entre dependencia autónoma y dependencia ligera, lo cual quiere decir que la mayoría de los varones tiene las capacidades para desenvolverse sin embargo la calificación justamente es distinta entre hombre y mujeres ya que por ejemplo el cuidado de la casa o la preparación de alimentos le corresponde a la mujer, derivado de los roles de género, pensamiento que aún existe en estos adultos mayores.

XVIII. Análisis de resultados

En este estudio participaron una muestra de 37 usuarios de la unidad de atención domiciliaria, mis mejores años, que participaron de manera voluntaria.

Dando respuesta a la primera pregunta de investigación; ¿Cómo perciben la calidad de vida los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES zonal 6?, la cual se deriva del objetivo específico dos; “Evidenciar las áreas con más necesidad de intervención sobre la calidad de vida en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad”, se procedió a verificar las cinco dimensiones que conforman el test WHOQOL-BREF, las cuales son; dominio de la salud física dominio de la salud psicológica dominio de las relaciones sociales dominio del entorno, dominio de calidad de vida global; en las mismas se pudo observar que mayormente la calidad de vida está oscilando entre moderada o regular y baja, por ejemplo en El dominio de salud física la calidad de vida que está entre moderada

o regular tiene un porcentaje de 32,8% y baja 40,5% en el dominio de salud psicológica de igual manera la calidad de vida regular o moderada está entre 35,5% y calidad de vida en salud psicológica baja está en el 22% seguimos en el dominio de las relaciones sociales en donde la calidad de vida moderada o regular tienen un 72,9% y calidad de vida baja en este dominio es 11,6% en El dominio del entorno la calidad de vida regular o moderada es del 51,3% y calidad de vida baja es 37,8% y en la calidad de vida global en calidad de vida moderada o regular es del 20% y calidad de vida baja es del 27,4%. Dándonos un promedio total de Calidad de vida regular del 42,5% y calidad de vida baja del 27,86%.

Prosiguiendo para dar respuesta la pregunta de investigación dos; ¿Qué factores influyen en la calidad de vida de adultos mayores en una zona rural?, que corresponde al objetivo específico número dos; “Evidenciar las áreas con más necesidad de intervención sobre la calidad de vida en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad”, se procedió a analizar las entrevistas realizadas a los adultos mayores y el perfil sociodemográfico, dándonos como resultado que, los factores que influyen negativamente a la calidad de vida según el test WHOQOL-BREF, en el dominio de la salud psicológica los adultos mayores mencionaron que se sienten solos y que les gustaría que sus hijos o familia les visitara más seguido, otra respuesta sería la presencia de patología es decir que el 100% de los adultos mayores tiene enfermedades desde crónicas hasta catastróficas, lo cual significa que tenemos un envejecimiento patológico directamente afectando el dominio de la salud física; y los factores que influyen positivamente a la calidad de vida en usuarios, según las respuestas dadas en el dominio de relaciones sociales y entorno, en el cual los adultos mayores nos supieron que se sienten bien cuando asisten a algún evento social y esto se

ve reflejado a los porcentajes en los cuales la calidad de vida es regular representando 72,9%, y en el Dominio del entorno 51,3%.

Finalmente para dar respuesta a la pregunta de investigación número tres; ¿Qué nivel de realización de las actividades de la vida diaria tienen los adultos mayores?, la cual, corresponde al objetivo específico tres; “medir el nivel de dependencia para realizar actividades Complejas y Básicas diarias en los adultos mayores de la Unidad de Atención “Mis mejores años” de Zhidmad.”, dándonos como resultado que en la A.I.V.D según la escala Test PGC – IADL en general el nivel es tanto en hombres como en mujeres “Dependencia ligera”, y en las A.B.V.D según el Índice Katz, el nivel de dependencia mayor es de “A” correspondiente al 70,3% corresponde a “independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria”

XIX. Interpretación de los resultados

En el presente estudio se obtuvieron los siguientes resultados mediante la aplicación de los instrumentos psicométricos que medían la calidad de vida y el nivel de realización de las actividades Básicas e instrumentales de la vida diaria, en el primer test el WHOQOL-BREF que mide la calidad de vida, se destaca que la mayoría de usuarios pertenecientes a la población tienen un nivel de Calidad de vida regular del 42,5% y calidad de vida baja del 27,86%, igual que el estudio realizado en México titulado (Percepción de la calidad de vida en adultos mayores que asistieron al Hospital General de Iguala, Guerrero) realizado en año 2024 revela que la percepción de la calidad de vida “se relaciona directamente con su situación de salud, condiciones del entorno, medio ambiente, vínculo familiar y estado anímico”. (Morales & Romero, 2024)

En otro estudio realizado en México, pero en el año 2018 en estudio titulado “Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar”, se destaca que “la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40” (Flores & et al, 2018), en la cual se destaca de igual manera que calidad de vida oscila entre regular y baja.

Por ende, se puede mencionar que la calidad de vida de los adultos mayores de la unidad de atención social oscila entre regular y baja.

Por otro lado, en el nivel de la realización de actividades básicas de la vida diaria según el Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria de Katz, se obtuvo que los adultos mayores, generalmente tienen una independencia total correspondiente al 70,3%.

En un estudio realizado en México en el año 2014, en un estudio titulado (Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar) se destaca que la gran mayoría de adultos mayores de su estudio tiene gran independencia para realizar actividades básicas con un porcentaje del 93,6%. (Gómez & et al, 2014)

Por lo tanto, se puede decir que base a nuestro estudio y en base a otras investigaciones, los adultos mayores tienen una facilidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (A.B.V.D).

Finalmente, la prueba PGC – IADL, la dependencia para realizar actividades Instrumentales es igual tanto en hombres 5,4% como en mujeres 24,3% siendo esta la

“Dependencia ligera”, sin embargo, las otras dependencias tienen porcentajes parecidos, es decir tenemos una variedad en cuanto a la dependencia en los usuarios.

En Chile en un estudio titulado (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile), los resultados fueron los siguientes: El 65% de los encuestados no mostró alteraciones, lo que indica una independencia total para realizar las AIVD, definida por una puntuación de 8 puntos. En contraste, el 35% restante presentó algún nivel de dependencia para llevar a cabo estas actividades, obteniendo puntuaciones inferiores a 8 puntos. Al analizar cada una de las actividades instrumentales del Índice de Lawton y Brody, se observó que las mayores dificultades se presentaron en "consumo de fármacos" (15%), "ir de compras" (12%) y "transportarse" (11%). (Lara & et al, 2012)

En Manta - Ecuador en un estudio titulado (Evaluación del nivel de independencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria en una comunidad de personas vulnerables) en el año 2023, se destaca que el 74,2% presentó un alto grado de dependencia para realizar las AIVD, siendo más frecuente en la población adulta. Además, el 70,7% contaba con carné o certificado de discapacidad, observándose una correlación negativa moderada entre el nivel de gravedad y el grado de independencia. (Medrano & et al, 2023)

Según los resultados obtenidos en este estudio y considerando los otros en otros países, los adultos mayores tienen una dependencia ligera, pero cabe recalcar que es un porcentaje bajo, y las otras un porcentaje parecido.

XX. Conclusiones

En conclusión en el presente estudio se puede observar que en relación al primer objetivo específico planteado en el proceso de la investigación el cual fue “Caracterizar el perfil sociodemográfico de los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad.”; Los datos sociodemográficos analizados revelan que los adultos mayores con mayor porcentaje de edad se encuentran entre los 66 a 76 años (40,54%), que los usuarios de la unidad de atención social mayormente son mujeres (75,7%); el nivel de instrucción de los adultos mayores es “ninguno” (59,5%) y que asistieron a la “primaria” (40,5%); mayormente el estado civil de los adultos mayores es “casado” (48,6%); en gran porcentaje los adultos mayores pertenecen a la comunidad de San José (42,2%); y que el 100% de los adultos mayores está enfermo y que las enfermedades con mayor porcentaje son “cefalea” (10,81%), “hipertensión arterial” 10,81%, “artritis” (20,27%), “hipertiroidismo” (20,27%) y Polialgia con (8,11%).

Para dar cumplimiento al segundo objetivo el cual es “evidenciar las áreas con más necesidad de intervención sobre la calidad de vida en los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES “mis mejores años” zonal 6 de la parroquia Zhidmad.”, las áreas con más necesidad e intervención según el test WHOQOL-BREF, es el Dominio de salud física y Dominio de salud psicológica.

Por último, para dar cumplimiento al objetivo específico tres, “medir el nivel de dependencia para realizar actividades Complejas y Básicas diarias en los adultos mayores de la Unidades de Atención “Mis mejores años” de Zhidmad.”

Las A.B.V.D, el (70,3%) de los usuarios de la unidad de atención pueden desenvolverse con facilidad en cuanto a las actividades básicas.

Las A.I.V.D, el (29,7%) de los usuarios tiene una “Dependencia ligera”, En cuanto a la dependencia total (21,6%); dependencia grave (21,6%); dependencia moderada (10,8%), y totalmente autónomo de (10,8%).

Después de desarrollar la presente investigación la sugerencia es trabajar en; planes, programas y proyectos enfocados en mejorar el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores, sobre todo en el área los servicios de salud estatales. También en concientizar a las futuras generaciones sobre la necesidad de generar un acompañamiento a nuestro abuelos y abuelas, no solo desde el enfoque humanitario sino también desde el enfoque de los derechos.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se podría decir que la limitación fue encontrar a los adultos mayores en sus hogares porque a veces salían de su hogar a realizar actividades y a veces no estaban en su domicilio.

XXI. Bibliografía

- Aleman, P., & Aleman, J. (2015). Situación de salud del Adulto Mayor en el sector Tomebamba de la parroquia Monay febrero-marzo 2015. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 34(1). doi:Licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una Dimensión Integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. doi:01200534
- Beltran, A., & et al. (2023). Calidad de vida y sus determinantes en los adultos mayores. *Polo del Conocimiento*, 8(3), 3073-3085. doi:DOI: 10.23857/pc.v8i3
- Benítez, B., & et al. (2012). Referentes histórico-metodológicos relacionados con calidad de vida. *Revista Información Científica*, 4. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757269036.pdf>
- Caballero, J. (2010). *ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO: FISIOLÓGICA Y FISIOPATOLOGÍA*. Centro de Salud Deusto-Arangoit. Osakidetza (Bilbao). doi:ISBN 978-84-458-2026-1
- Flores, B., & et al. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una. *Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(1), 83-88. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2018/eim182d.pdf>
- Gómez, B., & et al. (2014). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO*. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49536/3502.pdf>

- Grossetti, M. (2009). ¿Qué es una relacion social ? Un conjunto de mediaciones diádicas. *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 6(2). Obtenido de [//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://revista-redes.rediris.es/pdf-vol16/vol16_2e.pdf](http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://revista-redes.rediris.es/pdf-vol16/vol16_2e.pdf)
- Guitierrez, L., Garcia, M., & Jimenez, J. (2014). *Envejecimiento y dependencia realidades y previsión para los próximos años*. Intersistemas S.A. doi: 978- 607-443-483-5
- INEC. (19 de 03 de 2024). *INEC ESTIMA QUE, SEGÚN PROYECCIONES EN EL MEDIANO PLAZO, ECUADOR TENDRÁ MÁS ADULTOS MAYORES, MENOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN 2050*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
- Kathryn, P. (2009). Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas. *Renglones Revista arbitrada en*, 1(60), 37-42. Obtenido de ISSN 0186-4963
- Katz, S., & et al. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. (T. J. Association, Ed.) 185(12). doi:185, 914-919
- Lara, R., & et al. (2012). Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. *Index de Enfermería*, 21(2). doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100006>
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. 9(3). doi:https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179

- Medrano , Y., & et al. (2023). Evaluación del nivel de independencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria en una comunidad de personas vulnerables. (M. E. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí - ULEAM, Ed.) *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31. doi: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO256733463>
- Miller, T., & Mejia, I. (2020). *El envejecimiento de la población en Ecuador: la revolución silenciosa*. IGUALDAD.GOB.EC. Obtenido de https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/05/el_envejecimiento_poblacion_ecuador.pdf
- Morales, A., & Romero, A. (2024). Percepción de la calidad de vida en adultos mayores que asistieron al Hospital General de Iguala, Guerrero. *Ciencia Latina Internacional*, 8(1). doi:[Http://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8il](http://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8il)
- National Geographic. (7 de NOV de 2022). *Que es la salud Mental según la OMS*. Obtenido de <https://www.nationalgeographicla.com/ciencia/2022/11/que-es-la-salud-mental-segun-la-oms>
- Palacios, C. (2015). LA ESPIRITUALIDAD COMO MEDIO DE DESARROLLO HUMANO. *Cuestiones Teológicas*, 42(98), 459-481. doi:0120-131X
- Pimienta, M. (2000). Encuestas probabilísticas vs. no probabilísticas: Política y Cultura. *. I(13)*, 263-276. doi::ISSN: 0188-7742
- PSIQUIATRICA. (2022). *Glosario Ambiente*. Obtenido de <https://psiquiatria.com/glosario/ambiente>
- Quiroz, A., & et al. (2010). ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES:. *ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA*, 15(2), 393-401. doi:ISSN: 0185-1594

- Ramírez, A., & et al. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Sociedad venezolana de farmacología clínica y terapéutica*, 39(8), 954-959. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796006/html/>
- Rivera, J. (2019). *Envejecimiento*. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Obtenido de [http://envejecimiento.csic.es/documentos/docu](http://envejecimiento.csic.es/documentos/d//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://envejecimiento.csic.es/documentos/docu)
- Romero, D. (2007). Actividades de la vida diaria. (U. d. Murcia, Ed.) *Anales de Psicología*, 23(2), 264-271. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723213.pdf>
- Romero, Z., & Montoya, B. (2022). *CALIDAD DE VIDA Y AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES DE UNA ASOCIACIÓN DE JUBILADOS ECUATORIANA*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059
- Ruidiaz, K., & Caballero, J. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatur. 18(3), 86-99. doi:<https://doi.org/10.22463/17949831.2539>
- Samaniego, M., & Quito, G. (2023). Calidad de vida en adultos mayores no Institucionalizados de Cuenca - Ecuador. *Maskana*, 14(1), 41 - 50.
- Urzua, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. doi:0718-4808

- Veiga, J., & et al. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada conceptos y criterios para el diseño: Medicina y seguridad en el trabajo. *54*(210). doi:ISSN 1989-7790
- Velasquez, S. (2019). *Salud Física, Emocional, Mental y Espiritual*. Universidad Autonoma de Hidalgo. Obtenido de www.uaec.edu.mx/virtual
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de Medicina*, 284 - 290. doi:ISSN 1025 5583
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290. doi:1025-5583
- WHOQOL. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.

Anexo 1. Aprobación para efectuar las practicas por parte del MIES



Oficio Nro. MIES-CZ-6-DDG-2024-0455-OF

Gualaceo, 23 de octubre de 2024

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR el estudio de percepción de la calidad de la vida de los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES "Mis Mejores Años" de la parroquia Zhidmad.

Pedro Abdon Muñoz Guerrero
En su Despacho

De mi consideración.

Reciba un cordial saludo, en atención al memorando Nro. MIES-CZ-6-DDG-2024-1175-EX mediante el cual el Director de las carreras de Psicología General y Psicología Clínica solicita la autorización para realizar un estudio de percepción de la calidad de la vida de los adultos mayores de la unidad de atención domiciliaria MIES "Mis Mejores Años" de la parroquia Zhidmad en el período septiembre 2024 a enero 2025.

Ante lo expuesto, yo, Pedro Paolo Merchan Aguirre con CI 0301715439 como Director del MIES de la Unidad Desconcentrada Tipo A Gualaceo-Chordeleg, autorizo el estudio en mención.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Mgs. Pedro Paolo Merchan Aguirre.
DIRECTOR DISTRITAL DE GUALACEO, ENCARGADO

Referencias:
- MIES-CZ-6-DDG-2024-1175-EXT

Anexos:
- mies-cz-6-ddg-2024-1175-ext.pdf

ss

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

Anexo 3. Test PGC – IADL (Escala Philadelphia Geriatric Center – Instrumental Activities of Daily Living)

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA) ¹				
FICHA Nº 3b				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
<p>A continuación encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>				
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:				
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia				1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares				1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar				1
- No utiliza el teléfono				0
2. HACER COMPRAS:				
- Realiza todas las compras necesarias independientemente				1
- Realiza independientemente pequeñas compras				0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra				0
- Totalmente incapaz de comprar				0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA				
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente				1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes				0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada				0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas				0
4. CUIDADO DE LA CASA				
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)				1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas				1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza				1
- Necesita ayuda en todas las labores de casa				1
- No participa en ninguna labor de la casa				0
5. LAVADO DE LA ROPA				
- Lava por sí solo toda la ropa				1
- Lava por sí solo pequeñas prendas				1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro				0

¹ Tomado de: Trigués-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1):11-16 Recibido: 15/10/2011; Aceptado:03/01/2011

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
- No viaja	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
- Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL:	

Puntuación total: 8 puntos.

En mujeres (8 funciones):	En hombres (5 funciones):
Dependencia total 0-1 Dependencia grave 2-3 Dependencia moderada 4-5 Dependencia ligera 6-7 Autónoma 8.	Dependencia total 0 Dependencia grave 1 Dependencia moderada 2-3 Dependencia ligera 4 Autónomo 5.

*La diferencia de puntaje se da porque en las tareas domésticas es donde más se nota la tradición, las mujeres que son ahora adultas mayores, han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y arreglar la casa o hacer el aseo de la misma. Es por ello que, en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems, son las mujeres las que poseen mayor porcentaje y tiene un mayor nivel de organización para su realización. En cambio, algunos hombres necesitarían ayuda de otra persona o supervisión, para realizar estas actividades y esto no está relacionado con su nivel de dependencia o independencia sino más bien con su tradición cultural. ²

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:
2. HACER COMPRAS:
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO

FIRMA DEL EVALUADOR

² Tomado de: Acosta G. María C. (2013). Capacidad funcional en las personas mayores según el género. (Trabajo de fin de grado). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4794/4/tfg-h8.pdf>

Anexo 4. Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria de Katz



KATZ

Identificación **Fecha**

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o si su estado mental no lo permite a través de un familiar o cuidador considerando su capacidad en los últimos 7 días.

BAÑARSE – (con esponja, en bañera o ducha).

- No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

VESTIRSE – (saca la ropa de los armarios y los cajones – incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo bragueros, si los lleva).

- Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.
- Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.
- Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

IR AL SERVICIO – (ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa).

- Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).
- Recibe asistencia para ir al servicio o al lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- No va a la habitación denominada “servicio” para el proceso de eliminación.

DESPLAZARSE

- Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede usar un objeto de apoyo como un bastón).
- Se acuesta y se levanta de la cama o silla con asistencia.
- No se levanta de la cama.

CONTINENCIA

- Controla la micción y la defecación por sí mismo.
- Sufre accidentes “ocasionalmente”.
- La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal; usa una sonda o es incontinente.

ALIMENTARSE

- Se alimenta sin asistencia
- Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.
- Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

CATEGORÍA:

