



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

Informe final de investigación previo a la obtención del título

MÉDICO GENERAL

TRABAJO DE TITULACIÓN

Calidad de vida relacionada con las actividades de vida diaria del adulto mayor.

Riobamba, 2018-2019

Autor:

Samy Carolina Gordillo Erazo

Verónica Vanessa Peralta Choto

Tutor:

Dr. Urbano Solis Cartas

Riobamba – Ecuador

2021

ACEPTACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL.

Miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación con título: "Calidad de vida relacionada con las actividades de vida diaria del adulto mayor. Riobamba, 2018-2019" presentado por las estudiantes GORDILLO ERAZO SAMY CAROLINA, PERALTA CHOTO VERÓNICA VANESSA, dirigido por el Dr. Urbano Solís Cartas. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación escrito con fines de graduación en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:



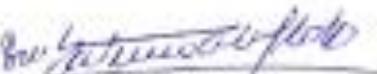
Dr. Patricio Vasconez Andrade

DELEGADO DEL DECANO



Dr. Wilson Nina

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Dra. Patricia Chaffa Martínez

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Dr. Urbano Solís Cartas

TUTOR

CERTIFICADO DE TUTORÍA

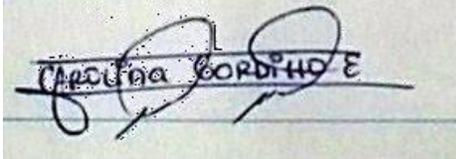
Que el presente trabajo **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LAS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR, RIOBAMBA, 2018-2019**, de autoría de los estudiantes GORDILLO ERAZO SAMY CAROLINA Y PERALTA CHOTO VERONICA VANESSA ha sido dirigido y revisado durante todo el proceso de investigación, cumple con todos los requisitos metodológicos y los requerimientos esenciales exigidos por las normas generales para la graduación, para la cual autorizo dicha presentación para su evaluación y calificación correspondiente.



Dr. Urbano Solis C.
C.I: 0959949181
TUTOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DERECHO DE AUTORÍA

Somos responsables de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con su respectiva autoría para enriquecer el marco teórico del presente proyecto. En tal virtud los resultados, conclusiones y recomendaciones realizadas en la presente investigación titulada: **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LAS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR, RIOBAMBA, 2018-2019** son de exclusividad de autora y del patrimonio intelectual de la Universidad Nacional de Chimborazo.

A handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature is written in a cursive style and reads "CAROLINA GORDILLO E".

Gordillo Erazo Samy Carolina

CI. 060495947-8

A handwritten signature in blue ink on a light-colored background. The signature is written in a cursive style and reads "Verónica Peralta Choto".

Peralta Choto Verónica Vanessa

CI. 060480841-0

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación lo dedico con mucho cariño a mis padres Edgar y Marilu, quienes forjaron en mí valores éticos y morales, a ellos que con su paciencia, perseverancia y sacrificio de su trabajo honrado gracias a la bendición de Dios que nunca faltó lograron que yo cumpla mi sueño de ser Médico, desde el primer día que tuve el gran apoyo de mis Padres decidí ingresar a esta hermosa carrera en formarme como una gran profesional de la salud y persona. A mis hermanos Patricio, Paul y Karen, quienes con sus palabras de aliento me han impulsado para no desistir en este largo camino, a mi abuelita Elsitita quien con sus sabias palabras me alentaron para seguir con mis estudios a toda mi familia siempre estando pendientes en cada uno de mis pasos, A mi querido Bryan por ser mi confidente y motivarme a lo largo de este trayecto. Y por último a la persona más grandiosa e importante en mi vida que es mi adorado Hijo Mathias quien me acompañó en mi carrera por ser muy valiente, paciente en entender que tenía que salir a cumplir mis sueños, al llegar a casa encontrarme con su sonrisa es mi más grande motivación para poder conseguir uno de mis metas.

SAMY CAROLINA GORDILLO ERAZO

Este proyecto de investigación dedico en primer lugar a mis padres Ángel y Miriam que siempre han estado en todo momento apoyándome moralmente para seguir con mis estudios, y gracias a ellos los he podido culminar, ya que sus consejos fueron una parte muy esencial y primordial para no decaer en el camino, y darles el gran orgullo de ser una gran médica. De igual manera también dedico a mi querida hija Valentina que es y será mi motor para seguir adelante y la fuerza que me da para alcanzar todas mis metas propuestas. A mi esposo Javier que de igual manera ha estado a mi lado apoyándome desde el momento en que nos casamos de igual manera me apoyado incondicionalmente para culminar mis estudios. Dedico también a mis hermanos Miguel, Alejandro y Camilita que de igual manera fueron un pilar fundamental, quienes estuvieron apoyándome con su amor y sus consejos. Estas personas son las personas más importantes de mi vida y que por ellos soy capaz de todo. Y por ese motivo todo mi esfuerzo se los dedico, ya que al ser mi sueño de una u otra forma se convirtió en su sueño y ahora podré decir que lo logramos.

VERÓNICA VANESSA PERALTA CHOTO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS principalmente quien fue un gran mentor en guiar a mis Padres en darles trabajo para sacarme adelante, quienes nunca dudaron de mí, estando cuando más lo necesito, siempre han estado junto a mí apoyándome en cada decisión tomada, en todos mis triunfos, pero sobre todo en mis fracasos, a mis queridos Hermanos, a mi Abuelita, en fin, agradeciendo a la vida y una vez más a Dios por llegar a culminar unos de mis sueños tan anhelados.

Agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo por permite adquirir conocimientos y poder emplearlos en mi vida profesional a cada uno de los docentes que laboran en prestigiosa Universidad.

Al Hospital Provincial General Docente de Riobamba, que me permitió realizar el internado rotativo donde emplee mis conocimientos adquiridos y adquirir nuevos.

Agradezco a mi tutor Dr. Urbano Solis por apoyarnos y guiarnos para que este proyecto sea realizado con éxito.

GORDILLO ERAZO SAMY

Agradezco principalmente a DIOS que es mi guiador, y que gracias a él todo fue posible ya que es quien les dio la fuerza y salud a mis padres para que me sigan apoyando.

A mi familia por su apoyo incondicional, por todo el amor que me brindaron sus palabras de apoyo, agradezco a mi esposo y a mi pequeña hija ya que en todo momento siempre estuvieron apoyándome con todo su amor, y poder culminar con mis metas y sueños.

Agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo, por haberme acogido y guiado durante toda esta etapa, impartíendome todo el conocimiento impartidos por los docentes ya que son de gran ayuda para mi carrera como médico.

Un gran agradecimiento al Hospital Provincial Docente de Riobamba ya que me abrió las puertas para brindarme todos los conocimientos y experiencias vividas ya que fueron de gran ayuda en mi vida profesional.

Un agradecimiento especial al Doctor Urbano Solis por toda la ayuda durante la realización del proyecto de investigación con todos sus consejos para culminar con éxito.

PERALTA CHOTO VERONICA

ÍNDICE

CARTA DE ACEPTACION DEL TRIBUNAL	II
CERTIFICADO DE TUTORÍA	III
DERECHO DE AUTORÍA	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE GENERAL	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	3
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION	3
OBJETIVOS	5
General:	5
Específicos:	5
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	6
1.1 Antecedentes de investigación	6
1.2. Bases teóricas	8
1.3 Marco conceptual	13
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	15
2.1. Tipo y diseño de la investigación.....	15
2.6. Población y muestra	16
2.6. Variables de estudio	17
2.7. Operacionalización de variables:.....	18
2.8. Técnicas y procedimientos	20
2.9. Procesamiento estadístico	21
2.10. Consideraciones éticas	21
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Distribución de adultos mayores según características generales.....	22
Tabla 2.- Distribución de adultos mayores según edad y presencia de enfermedades.....	25
Tabla 3.- Distribución de adultos mayores según sexo y presencia de enfermedades.....	25
Tabla 4.- Distribución de adultos mayores según calidad de vida.....	26
Tabla 5.- Distribución de adultos mayores según calidad de vida, edad y sexo.....	27
Tabla 6.- Distribución de adultos mayores según calidad de vida y presencia de enfermedades.....	27
Tabla 7.- Distribución de adultos mayores según capacidad funcional.....	28
Tabla 8.- Distribución de adultos mayores según capacidad funcional, edad y sexo.....	29
Tabla 9.- Distribución de adultos mayores según capacidad funcional y presencia de enfermedades.....	29
Tabla 10.- Distribución de adultos mayores según capacidad funcional y calidad de vida.....	30
Tabla 11.- Resultados de la correlación de Pearson entre calidad de vida y capacidad funcional.....	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Porcentaje de adultos mayores según grupo de edades	23
Figura 2.- Porcentaje de adultos mayores según sexo	24
Figura 3.- Porcentaje de adultos mayores según presencia y tipo de enfermedades	24
Figura 4.- Porcentaje de adultos mayores según calidad de vida	26
Figura 5.- Porcentaje de adultos mayores según calidad de vida	28

RESUMEN

El estudio de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores constituye una necesidad para poder aportar calidad a los años y lograr un envejecimiento activo. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores de la parroquia San Luis del cantón Riobamba. Para esto se realizó una investigación básica, retrospectiva, descriptiva y correlacional que incluyó un total de 205 adultos mayores. Se realizó revisión de las historias clínicas y se utilizó la correlación de Pearson para identificar la relación existente entre calidad de vida y capacidad funcional. Los principales resultados mostraron un promedio de edad de 69,27 años con predominio de adultos mayores femeninas (61,46%) y con presencia de enfermedades (82,44%). Dentro de ellas la hipertensión arterial (34,32%), el hipotiroidismo (28,99%) y la diabetes mellitus (18,34%) fueron las más representadas. Predominaron los adultos mayores con calidad de vida inadecuada (57,07%) y con discapacidad funcional (76,10%); ambos elementos se vieron perjudicados a nivel que aumentó la edad de los adultos mayores. Dentro de los adultos mayores con discapacidad la discapacidad ligera fue la predominante (44,23%). Se concluye que existe una relación positiva considerable entre la puntuación de capacidad funcional y de calidad de vida en los adultos mayores de la parroquia San Luis, Riobamba, en relación a las actividades de la vida diaria.

Palabras clave: Adulto mayor; Anciano; Calidad de vida; Capacidad funcional.

ABSTRACT

The study of the perception of quality of life of the elderly is necessary to contribute to the senior years and achieve active aging. This study aimed to determine the perception of the quality of life of the elderly living in San Luis Parish. To accomplish the aim of this study, the researcher used basic, retrospective, descriptive, and correlational research. Two hundred and five elderly participated as the population in this study. The researcher analyzed medical records using Pearson's correlation to identify the relationship between quality of life and functional capacity. Participants' ranged in age of 69.27 years with a predominance of female adults (61.46%). Additionally, 82.44% of participants suffered from different types of diseases, such as arterial hypertension (34.32%), hypothyroidism (28.99%), and diabetes mellitus (18.34%). The elderly with inadequate quality of life (57.07%) and functional disability (76.10%) predominated; both elements were affected as the age of older adults increased. Among older adults with disabilities, minor disability was the predominant one (44.23%). This study concluded that there is a significant positive relationship between the functional capacity and quality of life scores in the elderly living in San Luis parish, Riobamba, concerning activities of daily living.

Keywords: Elderly, Quality of life; Functional ability.

Reviewed by:

MsC. Adriana Cundar Ruano, Ph.D.

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 170926853

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es considerado un proceso fisiológico complejo donde se evidencia una serie de transformaciones biológicas y psicológicas que condicionan el comportamiento de las personas de este grupo poblacional (Martínez Pérez, González Aragón, Castellón León, & González Aguiar, 2018). Desde finales del siglo pasado se viene estableciendo un dilema ético entre cantidad de vida y calidad de vida; de ahí el creciente auge por realizar investigación que orienten sobre la percepción de calidad de vida y capacidad funcional de los adultos mayores y sus principales causas determinantes (Hechavarría Ávila, Ramírez Romaguera, García Hechavarria, & García Hechavarria, 2018).

La creciente tendencia al envejecimiento a nivel mundial ha generado que entidades, como la Organización Mundial de la Salud, establezcan planes con el fin de lograr un envejecimiento activo; para esto es necesario garantizar que las personas arriben a los 65 años y más conservando la plenitud de sus capacidades cognitivas y conductuales minimizar la discapacidad; conservando la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria y mejorando constantemente su percepción de calidad de vida a partir de la identificación de las causas y condiciones que influyen negativamente en este sentido (Ferrada-Bórquez, & Ferrada-Bórquez, 2018).

En el contexto Ecuatoriano, según datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censo, la población mayor de 65 años crece de forma gradual; considerándose que en años futuros constituirá uno de los principales grupos etáreos representantes del contexto social en el país (Estrada Martínez, & Escobar Salazar, 2020). Sin embargo, a pesar de existir una tendencia creciente al envejecimiento, aún no existe una adecuada infraestructura para atender correctamente las demandas de este grupo población en cuanto a temas de salud y otros que satisfagan su percepción de calidad de vida y garanticen una adecuada capacidad funcional de los mismos (González Terán, 2018).

La situación de atención integral a las poblaciones que envejecen en áreas rurales del Ecuador difiere de la situación existente en áreas urbanas. Menor cobertura de servicios médicos, menor implementación de planes de integración social, menor fuente de trabajo y

otras muchas dificultades constituyen el día a día de los adultos mayores de las áreas rurales del país.

En la provincia de Chimborazo, específicamente en el cantón Riobamba se encuentra localizada la parroquia rural San Luis. Esta parroquia tiene una marcada tendencia al envejecimiento según los datos del Análisis Situacional de Salud (ASIS, 2018); sin embargo, a pesar de esto no existen investigaciones orientadas a la determinación de la percepción de los adultos mayores en torno al cumplimiento de las actividades de la vida diaria.

Es por eso, que teniendo en cuenta la creciente tendencia al envejecimiento de la población de la parroquia rural San Luis, la importancia que tiene el estudio de la calidad de vida de los adultos mayores como herramienta para lograr el envejecimiento activo de la población y la no existencia de investigaciones que aborden esta problemática; se decide realizar esta investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida relacionado con las actividades de vida diaria de los adultos mayores residentes en la parroquia San Luis, Riobamba, 2018-2019.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La parroquia rural San Luis se encuentra ubicada en el cantón Riobamba, perteneciente a la provincia Chimborazo, Ecuador y tiene una población general de 8353 habitantes. Del total de población se considera que el 71,44% vive en pobreza y el 31,61% en pobreza extrema. La población mayor de 65 años es de 432 adultos mayores que constituyen el 5,18% del total de habitantes; sin embargo, esa cifra ha venido aumentando en los últimos años, observándose una tendencia creciente hacia el envejecimiento poblacional (ASIS, 2018).

Las condiciones socioculturales de la parroquia no son las más adecuadas, existe un elevado índice de analfabetismo, la accesibilidad a servicios básicos es muy baja, no existen fuerzas diversas de trabajo, solo la agricultura como actividad principal y las condiciones de infraestructura vial tampoco son adecuadas. Todas estas características afectan considerablemente el estado de bienestar de la población y dentro de ellas de los grupos más vulnerables como es el de los adultos mayores.

A toda esta situación se añade que no existen programas orientados hacia el mejoramiento de las condiciones de vida y laborales de las personas de la parroquia, incluyendo a los

adultos mayores; sin embargo, a pesar de esta situación no existen investigaciones que se orienten hacia el estudio de la calidad de vida de los grupos vulnerables, específicamente de los adultos mayores, por lo que se desconoce este elemento y los factores o condiciones que inciden en esta situación. Todo el análisis realizado permite llegar a formular el siguiente problema de investigación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Como es la percepción de calidad de vida relacionada con las actividades de vida diaria de los adultos mayores residentes en la parroquia San Luis, Riobamba, 2018-2019?

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las características generales de los adultos mayores incluidos en el investigación?
- ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores residentes en la parroquia San Luis en función de las actividades de la vida diaria?
- ¿Cómo se comporta la capacidad funcional de los adultos mayores en el cumplimiento de las actividades de la vida diaria?
- ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores de la parroquia San Luis, Riobamba, en relación a las actividades de la vida diaria?

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

El estudio del comportamiento de los adultos mayores en torno a la capacidad funcional y su percepción de calidad de vida en relación al cumplimiento de las actividades de la vida diaria constituye un elemento de gran significación. Mediante este tipo de investigaciones se pueden identificar los elementos que influyen negativamente en el comportamiento de los adultos mayores. En el contexto de investigación no existen estudios que aborden esta problemática; por lo tanto, la presente investigación constituye un punto de partida en el estudio del comportamiento de la calidad de vida y la capacidad funcional de las personas con 65 años o más.

Desde el punto de vista teórico el presente estudio se basó en la búsqueda de información actualizada en relación a los elementos generales y específicos que influyen en la percepción de la calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores y como estos pueden afectar la realización de las actividades de la vida diaria. También se estudiaron elementos relacionados con los cambios que ocurren durante el envejecimiento y los mecanismos adaptativos del cuerpo humano para adaptarse a las transformaciones físicas y metabólicas que lo caracterizan.

Desde el punto de vista práctico el estudio se justificó ya que permitió al equipo de investigación realizar una investigación de campo donde se obtuvo la información relacionada con las variables y objetivos del estudio. Permitió adicionalmente tener contacto con adultos mayores residentes en el contexto de investigación para conocer, de forma directa, su percepción de calidad y su capacidad funcional en torno a la realización de las actividades de la vida diaria.

Metodológicamente el estudio posibilitó al equipo de investigación consolidar los conocimientos relacionados con la aplicación de la metodología de la investigación en las ciencias médicas. El estudio cumplió con todos los pasos del método científico partiendo de una idea de investigación se definió el problema de investigación y los objetivos y se desarrolló el marco teórico; se definió la metodología a implementar, se analizaron los datos obtenidos, se discutieron los resultados y se mostraron conclusiones y recomendaciones que dan respuesta parcial o totalmente al tema de investigación planteado.

La justificación social estuvo determinada por el aporte que puede significar, en materia de estrategias de salud, la determinación de la calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores en torno a la realización de las actividades de la vida diaria. A partir de los resultados del estudio se pueden trazar estrategias de intervención para mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de este grupo poblacional

OBJETIVOS

General:

Determinar la calidad de vida relacionado con las actividades de vida diaria de los adultos mayores residentes en la parroquia San Luis, Riobamba, 2018-2019.

Específicos:

- Describir las características generales de los adultos mayores incluidos en la investigación
- Determinar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes en la parroquia San Luis en función de las actividades de la vida diaria.
- Determinar la capacidad funcional de los adultos mayores en el cumplimiento de las actividades de la vida diaria.
- Identificar la relación existente entre la calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores de la parroquia San Luis, Riobamba, en relación a las actividades de la vida diaria.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de investigación

El estudio de la calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores es una temática de investigación que poco a poco ha ido ganando adeptos en los últimos años. La comunidad científica ha reconocido el papel que juegan los adultos mayores en el equilibrio social. Se reconoce que el mundo contemporáneo tiende una creciente tendencia al envejecimiento poblacional determinado por los progresos que se han obtenido en materia de salud (Amaro Cano, 2017).

Ante esta situación constituye un elemento fundamental identificar como es el grado de satisfacción de los adultos mayores en torno a la calidad de vida y su capacidad funcional. Igualmente se considera imperante identificar las causas que influyen negativamente en estos elementos para eliminarlos parcial o totalmente (Benítez Pérez, 2017).

1.1.1. Antecedentes internacionales

Dentro de los estudios internacionales orientados a la identificación de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores destaca el reporte realizado por Soria Romero y Montoya Arce, (2017) en el cual no solo determinaron de forma general la calidad de vida de los adultos mayores; sino que también identificaron la edad, el bajo nivel educacional y la presencia de algunas enfermedades crónicas como factores que determinan una disminución de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores.

También Padilla-Sánchez y colaboradores (2017) estudiaron la calidad de vida de 100 adultos mayores pero se basaron fundamentalmente en el tema de la salud dental teniendo en cuenta que la dentición constituye un elemento fundamental no solo desde el punto de vista estético; sino que la dentición también es un elemento indispensable para la masticación y la deglución como componentes de la alimentación.

También en el año 2017 Villafuerte Reinante y colaboradores publicaron los resultados de su investigación orientados hacia la determinación del papel que juega la intersectorial en garantizar una atención de salud integral a los adultos mayores como respuesta a la necesidad

de vigilar, monitorear y mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores.

Posteriormente en el año 2018 Martín Aranda estudio la calidad de vida de los adultos mayores y el papel que juega la actividad física en ella. Mediante una revisión bibliográfica identificó que el ejercicio físico constituye un factor que coadyuva a mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional de las personas de 65 años y más.

También Valdez-Huirache y Álvarez-Bocanegra, (2018) publicaron los reportes de su investigación que tuvo como objetivo identificar la relación existente entre la percepción de calidad de vida de los adultos mayores y el apoyo familiar que reciben. Para esto los autores desarrollaron una investigación observacional, transversal y analítica, que incluyó a 368 adultos mayores pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social. Durante el estudio aplicaron los cuestionarios WHOQOL-OLS y MOS. Concluyen que existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores y el apoyo social que reciben; además señalan que mientras mayor es el apoyo social recibido mejor es la percepción de la calidad de vida.

1.1.2. Antecedentes nacionales

En el contexto ecuatoriano destaca la investigación realizada por Bustamante y colaboradores (2017) para identificar los componentes socioeconómicos de la calidad de vida de 817 adultos mayores de la provincia Guayas. Concluyen que la ocupación y el nivel de educación tienen una correlación positiva con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores.

La determinación de los predictores de la calidad de vida de los adultos mayores de la provincia Guayas fue el objetivo de la investigación realizada por Arévalo Avecillas y colaboradores (2019). En ella concluyen que los adultos mayores de zonas urbanas presentaron más sensibilidad ante una percepción mala de la salud, mientras que los adultos mayores de zonas rurales ven más afectada su calidad de vida ante una situación económica desfavorable.

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Envejecimiento

El envejecimiento es conceptualizado como el conjunto de modificaciones fisiológicas y morfológicas que surgen como consecuencia de la acción generada por el paso del tiempo en los seres vivos. Existen autores que condicionan estrechamente el envejecimiento con la pérdida de la capacidad de adaptación y de respuesta de los órganos y sistemas de órganos del cuerpo humano (Benítez Pérez, 2017).

En los últimos años la esperanza de vida de los seres humanos ha aumentado considerablemente. Este fenómeno denominado como envejecimiento poblacional es el resultado de lo acertado de la implementación de estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades. Con el envejecimiento, comienza una etapa de la vida caracterizada por la presencia de una serie de cambios resultantes del deterioro progresivo de órganos que disminuyen la calidad y cantidad de sus funciones. Varias enfermedades crónicas no transmisibles han sido asociadas al proceso del envejecimiento. Internacionalmente se estableció como concepto que los adultos mayores serían las personas que tenían 65 años o más, edad coincidente con la jubilación (Sánchez Barrera, Martínez Abreu, Florit Serrate, Gispert Abreu, & Vila Viera, 2019).

Muchos investigadores han aunado esfuerzos para identificar las causas del envejecimiento. Estudios recientes exponen que el centro del envejecimiento se basa en el nivel celular; describiendo que cada célula tiene programado un determinado número de divisiones; al alcanzarse ese número se produce la muerte celular y ese es el fundamento de la teoría de muerte celular programada. .

Según la OMS, la revolución de la longevidad comenzó en la segunda mitad del siglo XX. Desde esa época hasta la actualidad la esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años y se considera que alcance unos 10 años alrededor del año 2050. Según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, "el rápido crecimiento de la población significa un aumento del número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000 y llegará a casi 2000 millones en el 2050".

Aunque se describe que los caracteres externos del envejecimiento dependen de la expresión genética y esta cambia de una persona a otra con distintas formas de expresión. A continuación se listan algunas características generales del envejecimiento humano:

- Alteración del sueño.
- Pérdida de la agilidad y capacidad de reacción refleja.
- Degeneración de estructuras osteoarticulares.
- Aparición de trastornos cognitivos.
- Pérdida de la capacidad de asociación de ideas.
- Distensión creciente de los tejidos de sostén muscular por efecto de la gravedad terrestre (caída de los senos en la mujer, pérdida de la tonicidad muscular).
- Pérdida progresiva de la fuerza muscular y de la vitalidad.
- Aumento de la presión arterial.
- Aumento, en los varones, de volumen de la Próstata, con riesgo de cáncer.
- Disminución de las respuestas inmunitarias.
- Disminución del colágeno de la piel, aparición de arrugas y flacidez.
- Pérdida progresiva de los sentidos del gusto, la audición y la visión.
- Pérdida progresiva de la libido, andropausia en el hombre, menopausia en la mujer.

1.2.2. Calidad de vida

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud como el "estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad". Este concepto hace alusión a la importancia que tienen otros elementos distintos de los parámetros clínicos relacionados con la salud, como son el aspecto social y la integración de las personas; dejando atrás los antiguos conceptos que basaban la calidad de vida en patrones meramente biológicos (Soto, & Failde, 2004).

Es por eso que se plantea que para poder tener una noción amplia y verdadera de la calidad de vida de cualquier persona es necesario integrar elementos relacionados con la salud, la capacidad funcional y el grado y tipo de integración de las personas al contexto que las rodea. El análisis objetivo y subjetivo de estos factores aportará los elementos necesarios para

determinar el verdadero estado de satisfacción de una persona con su calidad de vida (Mesa Barrera, Hernández Rodríguez, & Parada Barroso, 2017).

Las primeras referencias sobre la calidad de vida y la forma de determinarla aparecen a mediados de los años 70 del siglo anterior como respuesta a la necesidad de ampliar los elementos objetivos que se utilizaban para determinar el estado de satisfacción de una persona en torno a su posición en la vida. El concepto de calidad de vida surge como un concepto integrador de varios componentes que convierte la calidad de vida como un elemento multidimensional cuyo objetivo es valorar el efecto que tienen sobre los individuos las distintas enfermedades que se presentan; analizando el componente individual, familiar y social (Soto, & Failde, 2004).

En la actualidad la diversidad de criterios y opiniones ha conducido a que se utilicen distintos términos que aunque semánticamente son diferentes se encuentran estrechamente relacionados entre sí. Frecuentemente se observan investigaciones que utilizan el término de "estado de salud", "estado funcional", "calidad de vida" o "calidad de vida relacionada con la salud"; sin embargo, todos ellos tiene como elemento central la determinación de la percepción del individuo de como se ve inmerso en su propia interrelación con el medio que lo rodea y sus determinantes (Mesa Barrera, Hernández Rodríguez, & Parada Barroso, 2017).

Es importante destacar que la calidad de vida se encuentra supeditada a la determinación de elementos sociales, económicos y culturales; a los que se adicionan elementos relacionados con el estado de salud de las personas; solo de esta forma se puede identificar, realmente, la percepción de una persona sobre su situación en la vida. De forma general se agrupan todas las determinantes de la calidad de vida en los siguientes apartados:

- Estado físico y capacidad funcional.
- Estado psicológico y bienestar.
- Interacciones sociales.
- Estado económico y sus factores.

Para medir la percepción de calidad de vida de las personas se han diseñado una serie de instrumentos se clasifican en genéricos y específicos. Los instrumentos genéricos pueden ser utilizados en cualquier tipo de personas, enfermas o no, mientras que los instrumentos

específicos son utilizados en grupos de personas que comparten características similares como por ejemplo una enfermedad (Martín Carbonell, Cantera Ocegüera, & Schuman Betancourt, 2017). Se recomienda que siempre se utilice un cuestionario genérico y uno específico. La determinación de la percepción de calidad de vida siempre debe de estar acompañada de la determinación de la capacidad funcional.

1.2.3. Capacidad funcional

El proceso de envejecimiento incluye una serie de transformaciones que afectan distintas esferas, dentro de las que se incluyen las esferas sociales, familiares, psicológicas y fisiológicas, las cuales juegan un papel preponderante en el desarrollo del individuo en el contexto que lo rodea. Estas alteraciones, de manera individual o conjunta, pueden generar deterioro funcional y distintos grados de dependencia para realizar las actividades cotidianas. A esto se adiciona los cambios resultantes de la presencia de determinadas enfermedades crónicas que condicionan mayor afectación al desenvolvimiento humano (Segovia Díaz de León, & Torres Hernández, 2011).

Históricamente se ha señalado la variabilidad como una característica inherente al proceso degenerativo que caracteriza al envejecimiento normal. Se describe que se relaciona con aspectos culturales, orgánicos, genéticos y los estilos y hábitos de vida de las personas. Durante el paso de los años se producen cambios generales que marcan el desarrollo humano y la satisfacción de sus necesidades básicas (Segovia Díaz de León, & Torres Hernández, 2011).

La capacidad funcional o funcionalidad, es conceptualizada como "la facultad para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad". Según los mismos autores, "la capacidad funcional está estrechamente ligada a la autonomía, definida como el grado en que las personas pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones" (Rubio, Comín, Montón, Martínez, Magallón, & García-Campayo, 2013).

Sin embargo, es preciso destacar que no todas las enfermedades son capaces de generar el mismo grado o tipo de afectación de la capacidad funcional. La discapacidad no puede ser

valorada como la suma de manifestaciones, efectos o complicaciones de las determinadas enfermedades; no todas las afecciones son capaces de generar alteración funcional. La alteración funcional no cursa paralelamente a la intensidad de la enfermedad, de hecho, se ha demostrado que también se presenta discapacidad y afectación funcional en el curso de enfermedades agudas y durante las hospitalizaciones (Quino-Ávila, & Chacón-Serna, 2018).

Existen distintos instrumentos para determinar la capacidad funcional; cada una de ellas tiene características distintivas y, claramente, limitaciones. Las que con mayor frecuencia se utilizan son el Índice de Katz, la escala de valoración física de Barthel, el Índice de Barthel, la escala de incapacidad de Cruz Roja, PACE II, la escala de Lawton y Brody y la escala de Plutchick de valoración geriátrica (Quino-Ávila, & Chacón-Serna, 2018).

1.2.4 Instrumentos utilizados para medir calidad de vida y capacidad funcional

La determinación de la percepción de calidad de vida y de capacidad funcional de cualquier grupo poblacional se utiliza instrumentos genéricos y específicos. Los instrumentos genéricos son aquellos que pueden ser aplicados a cualquier grupo poblacional; los principales exponentes de este grupo son el *Short Form 36* (SF36), el índice de Katz, el índice de actividades de la vida diaria (AVD), el cuestionario WOMAC y las láminas Coop/Wonca entre otros (Solis Cartas, et al, 2015).

Por su parte los instrumentos específicos son aquellos que se aplican a personas con características similares; destacan dentro de este grupo los cuestionarios de capacidad funcional dentro de los que se encuentran el *Health Assessment Questionnaire* en su versión cubana (HAQ-CU). Se recomienda utilizar en todas las investigaciones relacionadas con la calidad de vida y la capacidad funcional un instrumento genérico y otro específico (Solis Cartas, Barbón Pérez, & Martínez Larrarte, 2016); por lo que se decide utilizar en este estudio las láminas Coop/Wonca y el HAQ-CU.

El cuestionario de láminas Coop/Wonca o *Coop/Wonca Charter* es un instrumento que surge en Canadá en la universidad de Ontario y que originalmente constaba de 9 ítems, posteriormente se reduce a 7 ítems y se obtiene una consistencia interna y fiabilidad, mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach mayor a 0,70 que es el punto de cohorte señalado por Nunally como aceptable (Solis Cartas, et al, 2015). El cuestionario vincula elementos

gráficos con elementos numéricos relacionados con la forma de percepción de determinados elementos durante las dos últimas semanas. Los elementos relacionados con la puntuación se describen en el acápite de metodología de la investigación.

La capacidad funcional fue determinada mediante la aplicación del HAQ-CU. Este es un instrumento auto aplicado que evalúa la dificultad de una persona para realizar determinadas actividades como son vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal y alcanzar objetos. El cuestionario se centra en el grado de dificultad o la necesidad de auxilio que tenga determinada persona para realizar una actividad determinada. Los valores de referencia y la interpretación se describen en la metodología utilizada en el estudio.

1.3 Marco conceptual

Actividades de la vida diaria: son consideradas “son todas aquellas tareas y rutinas típicas que una persona realiza diariamente y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en la sociedad, cumpliendo así su rol dentro de ella” (Idiáquez, Torres, Madrid, Vega, & Slachevsky, 2017).

Adulto mayor: persona que sobrepasa los 65 años cumplidos según datos del registro civil del Ecuador (Calderón, 2018).

Anciano: término que se refiere a las personas que se encuentran el último periodo de la vida y presentan una edad avanzada. Este periodo se sitúa después del periodo de madurez (Belaunde Clausell, Lluís Ramos, Consuegra Ivars, & Piloto Cruz, 2020).

Calidad de vida: La calidad de vida es considerada como el cúmulo de factores, condiciones o situaciones que determinan la satisfacción del individuo desde el punto de vista emocional y material. Resume todas las condiciones necesarias para que las personas satisfagan sus necesidades básicas (Solís Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018).

Calidad de vida relacionada con la salud: según Solís Cartas y Calvopiña Bejarano (2018) se refiere “a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento”.

Capacidad funcional: es definida como la capacidad, o ausencia de ella, que tiene un individuo para poder desempeñar, de forma independiente, las actividades de la vida diaria; cuando se empieza a depender de otra persona comienza a disminuir la capacidad funcional y a aparecer la discapacidad (Solis Cartas, et al, 2014).

Envejecimiento: es considerado como el "...proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes" (Martínez Pérez, González Aragón, Castellón León, & González Aguiar, 2018).

Envejecimiento activo: el envejecimiento activo es "un concepto definido por la Organización Mundial de la Salud como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (Ferrada-Bórquez, & Ferrada-Bórquez, 2018).

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de la investigación

Se realizó una investigación básica, no experimental, descriptiva, retrospectiva y de campo que estuvo orientada hacia la identificación de la percepción de calidad de vida en torno a la realización de las actividades diarias de los adultos mayores residentes en la parroquia San Luis, cantón Riobamba, provincia Chimborazo, Ecuador. La investigación se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2021, pero se analizaron los datos correspondientes al periodo 2018 y 2019.

2.2. Métodos de investigación

Durante el desarrollo de la investigación se utilizaron distintos métodos de investigación tanto desde el punto de vista teórico como estadístico. Los métodos teóricos utilizados fueron:

- **Histórico lógico:** permitió hacer un recorrido por los referentes bibliográficos relacionados con los elementos que componen el problema de investigación identificado; estos estuvieron determinados por el estudio de los referentes históricos del envejecimiento, la calidad de vida, la capacidad funcional y las actividades de la vida diaria.
- **Analítico sintético:** permitió el estudio individual de cada uno de los componentes del problema de investigación y a partir del estudio individual se realizó el análisis conjunto de todos los elementos lo que permitió llegar a conclusiones de la investigación que permiten dar solución parcial o total al problema de investigación analizado.
- **Inductivo deductivo:** ambos componentes facilitaron el estudio de deducciones lógicas relacionadas con los componentes del estudio que facilitaron inducir comportamientos y respuestas al problema de investigación planteado.

Los métodos estadísticos utilizados estuvieron en correspondencia con el tipo de variables determinadas y se explican en el acápite de procesamiento de la información

2.3. Alcance de la investigación

El alcance de la investigación fue descriptivo y correlacional. Se realizó la descripción de las características generales de los adultos mayores que participaron en la investigación y del comportamiento de la calidad de vida y capacidad funcional de los mismos para cumplir con las actividades de la vida diaria. Se estableció la correlación existente entre la calidad de vidas y la capacidad funcional.

2.4. Enfoque de la investigación

El enfoque de la investigación fue mixto al incluir elementos cualitativos y cuantitativos

2.5. Unidad de análisis

La unidad de análisis del presente estudio estuvo constituida por las historias clínicas individuales de los adultos mayores

2.6. Población y muestra

La población para el siguiente estudio estuvo constituida por la totalidad de adultos mayores según el análisis de la situación de salud del centro de salud San Luis del año 2019 y que incluyó un total de 432 adultos mayores. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de cálculo matemático para poblaciones conocidas que se muestra a continuación:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

La nomenclatura de los elementos contenidos en la fórmula es:

n = muestra

N = Población

Z = Porcentaje de confianza

p = Variabilidad positiva

q = Variabilidad negativa

E = Porcentaje de error

Después de haber realizado el cálculo de los elementos contenidos en la fórmula se pudo determinar que la muestra debería estar conformada por un total de 205 historias clínicas de adultos mayores. Para conformar la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple para que existiera igualdad de oportunidades de participar cada caso. El único criterio de inclusión de

esta investigación estuvo determinado por la presencia en las historias clínicas de todos los datos necesarios para dar cumplimiento a las variables y objetivos propuestos en el estudio.

2.6. Variables de estudio

Para lograr un adecuado desarrollo del estudio se definieron las siguientes variables de investigación:

- Características generales de los adultos mayores: incluyó las subvariables edad, sexo, nivel educacional, autoidentificación étnica, presencia de enfermedades y tipo de enfermedades.
- Calidad de vida
- Capacidad funcional

2.7. Operacionalización de variables:

VARIABLES	Tipo	Escala	Definición operacional	Indicadores
Características generales de los adultos mayores Edad	Cuantitativa discreta	Entre 65 y 69 años Entre 70 y 74 años Entre 75 y 79 años De 80 años y mas	Según años cumplidos en el momentos de realizar el estudio	Frecuencia y porcentaje de adultos mayores según edad
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo determinado biologicamente	Frecuencia y porcentaje de adultos mayores según sexo
Nivel educacional	Cualitativa nominal politómica	Analfabeto Alfabeto Primaria Bachiller Superior	Según último años escolar aprobado	Frecuencia y porcentaje de adultos mayores según nivel educacional
Autoidentificación étnica	Cualitativa nominal politómica	Blanco(a) Mestizo(a) Negro(a) Afroecuatoriano(a) Indígena	Según percepción personal de los investigados en relación a la etnia a la que pertenece	Frecuencia y porcentaje de adultos mayores según autoidentificación étnica
Presencia de enfermedades	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia Ausencia	Según identificación de enfermedades en la historia clínica	Frecuencia y porcentaje de adultos mayores según presencia de enfermedades
Tipo de enfermedades	Cualitativa nominal politómica	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Hipotiroidismo Artritis reumatoide Insuficiencia renal Insuficiencia cardiaca	Según identificación del tipo de enfermedades en la historia clínica	Frecuencia y porcentaje de adultos mayores según tipo de enfermedades

Calidad de vida	Cualitativa nominal dicotómico	Inadecuada Adecuada	Según resultados del cuestionario de calidad de vida	Frecuencia y porcentaje de adultos mayores según calidad de vida
Capacidad funcional	Cualitativa nominal politómica	Sin discapacidad Discapacidad ligera Discapacidad moderada Discapacidad severa	Según resultados del cuestionario de capacidad funcional en torno a las actividades de la vida diaria	Frecuencia y porcentaje de adultos mayores según capacidad funcional

2.8. Técnicas y procedimientos

Para desarrollar la investigación se utilizó como técnica de investigación la revisión documental; esta permitió revisar minuciosamente cada una de las historias clínicas seleccionadas y la revisión facilitó la obtención de la información necesaria para dar cumplimiento a las variables y objetivos definidos para la investigación.

Para poder determinar la calidad de vida de los adultos mayores se utilizó el cuestionario de calidad de vida de láminas COOP/WONCA (anexo 1) que estudia 7 dimensiones de la vida diaria con puntuación tipo Likert invertida significando que mientras mayor es la puntuación menor es la calidad de vida de la persona investigada (Solis Cartas, Barbón Pérez, & Martínez Larrarte, 2016). Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado, se encuentra validado en idioma español y su aplicación no demora más de 5 a 7 minutos (Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018). En este estudio las puntuaciones para determinar la calidad de vida fueron tomadas de la historia clínica en relación a las puntuaciones de la escala de valoración geriátrica integral presentes en las historias clínicas de los adultos mayores (Solis Cartas, et al, 2015).

Los valores de referencia utilizados para este cuestionario se obtienen del promedio de puntuación alcanzada en las 7 dimensiones analizadas; aunque no existe un punto de corte específico se considera una calidad de vida adecuada con puntuaciones inferiores a 22 puntos y valores iguales o superior a 22 puntos muestran una calidad de vida inadecuada (Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, & Valdés González, 2019).

Para determinar la capacidad funcional de los adultos mayores se utilizó la versión cubana del *Health Assessment Questionnaire* (HAD-CU) (anexo 2) que establece una escala tipo Likert invertida evaluando la capacidad o grado de incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Es un cuestionario validado al español, fácil de aplicar y que ha sido utilizado en múltiples investigaciones para determinar la capacidad funcional de distintos grupos de pacientes (Solis-Cartas, Calvopiña-Bejarano, Martínez-Larrarte, Paguay-Moreno, & Saquipay-Duchitanga, 2018)

Los datos para poder completar este cuestionario se obtienen de los resultados contendientes en la historia clínica provenientes de la evaluación geriátrica integral. Los valores de

referencia para interpretar los resultados de este cuestionario son los siguientes (Solis Cartas, Torres Carballeira, & Milera Rodríguez, 2014):

- Sin discapacidad; puntuación inferior a 0,5 puntos
- Discapacidad ligera: puntuación entre 0,5 y 1,0 puntos
- Discapacidad moderada: puntuación mayor a 1 punto e inferior a 2 puntos
- Discapacidad severa: puntuación igual o superior a 2 puntos

2.9. Procesamiento estadístico

Después de recolectar la información necesaria, toda ella se homogenizó y organizó en una base de datos creada en Microsoft Excel. El procesamiento de la información se llevó a cabo de forma automatizada con la implementación del programa estadístico SPSS en su versión 26,0 para Windows. Se identificaron medidas de tendencia central y de dispersión para procesar estadísticamente las variables cuantitativas y porcentos y frecuencias absolutas en el caso de variables cualitativas. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson para identificar la relación existente entre calidad de vida y capacidad funcional. El nivel de confianza fue definido en el 95%, a lo que correspondió un 5% de margen de error y una significación estadística dada por una p menor o igual que 0,05. Todos los datos que se obtuvieron de este proceso se mostraron en forma de tablas y gráficos estadísticos, lo que permitió garantizar la adecuada interpretación de los resultados.

2.10. Consideraciones éticas

Durante el desarrollo del estudio, a pesar de no intervenir seres humanos, se cumplieron las normas y procedimientos establecidos para realizar investigaciones en seres humanos en la declaración de Helsinki II. La información recopilada solo fue utilizada con fines investigativos. No se utilizaron datos de identidad personal y la base de datos que contenía los resultados y datos de la investigación, después del informe final, fue destruida para evitar que se violara la confidencialidad de la información recopilada.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. -Distribución de adultos mayores según características generales

Características generales	Muestra total de 205 adultos mayores Frecuencia (por ciento)
Promedio de edad (años)	69,27 *DE: 9,73
Edad	
Entre 65 y 69 años	80 (39,02)
Entre 70 y 74 años	57 (27,80)
Entre 75 y 79 años	47 (22,93)
De 80 años y más	21 (10,24)
Sexo	
Masculino	79 (38,54)
Femenino	126 (61,46)
Autoidentificación étnica	
Blanco(a)	17 (8,29)
Mestizo(a)	112 (54,63)
Negro(a)	13 (6,34)
Afroecuatoriano(a)	9 (4,39)
Indígena	54 (26,35)
Nivel educacional	
Analfabeto	33 (16,10)
Alfabeto	49 (23,90)
Primaria	78 (38,05)
Bachiller	38 (18,54)
Superior	7 (3,41)
Presencia de enfermedades	
Presencia	169 (82,44)
Ausencia	36 (17,56)
Tipo de enfermedades n=169	
Hipertensión arterial	58 (34,32)
Diabetes mellitus	31 (18,34)
Hipotiroidismo	49 (28,99)
Artritis reumatoide	18 (10,65)
Insuficiencia renal	3 (1,78)
Insuficiencia cardiaca	19 (11,24)

Fuente; cuestionario de investigación *DE: desviación estándar

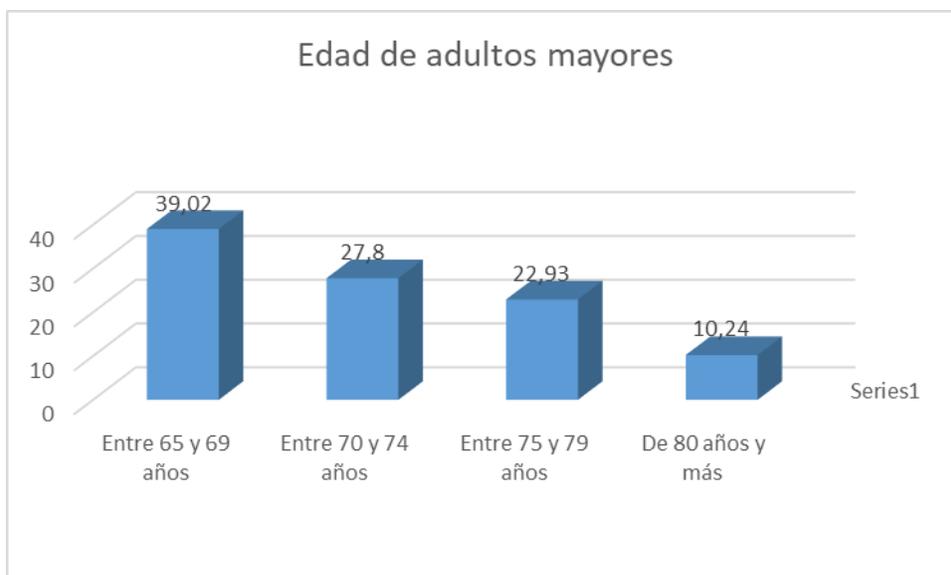


Figura 1.- Porcentaje de adultos mayores según grupo de edades

Fuente: tabla 1

Se observa en la tabla y figura 1 que existió un promedio de edad de 69,27 *DE: 9,73, con predominio de adultos mayores entre 65 y 69 años (39,02%), seguido de los adultos mayores que refirieron edad entre 70 y 74 años (27,80%). Solo el 10,24% de las personas investigadas refirió edad igual o superior a 80 años.

También destaca en la tabla 1 un predominio de adultos mayores con nivel educacional de primaria terminada (38,05%); le siguieron los ancianos alfabetos (23,90%) y aquellos que alcanzaron a terminar la secundaria y se graduaron como bachiller (18,54%).

En relación a la autoidentificación étnica de los adultos mayores se obtuvo diversidad de opiniones. El 54,63% se autoidentificó como mestizos(as), mientras que el 26,53% refirió considerarse indígenas. Un 8,29% de adultos mayores refirió considerarse blancos(as) y el 6,34% como negros(as). Solo el 4,39% de las personas investigadas se autoidentificó como perteneciente a los afroecuatorianos(as).

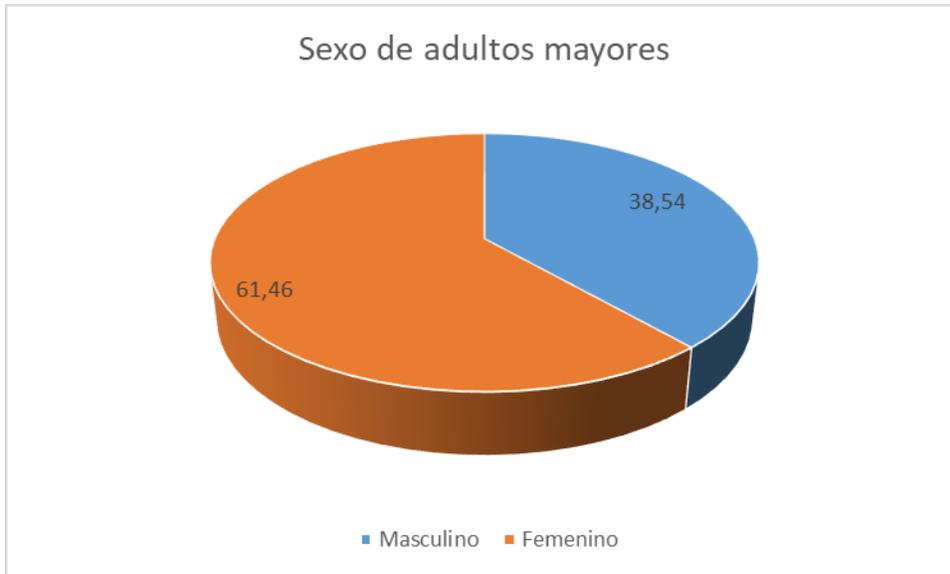


Figura 2.- Porcentaje de adultos mayores según sexo

Fuente: tabla 1

La tabla 1 y figura 2 muestran un predominio de pacientes femeninas (61,46%) en comparación con el porcentaje de pacientes masculino que alcanzó el 38,54.

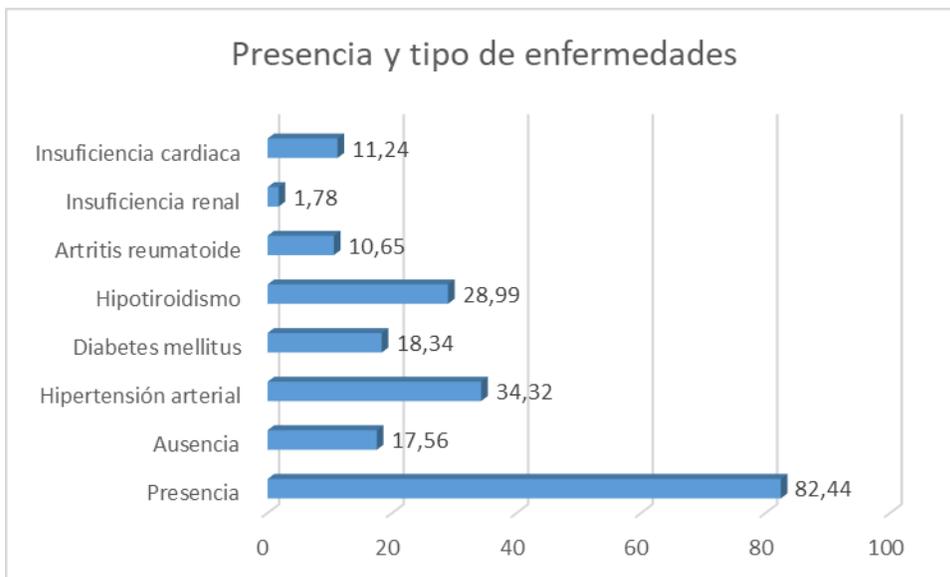


Figura 3.- Porcentaje de adultos mayores según presencia y tipo de enfermedades

Fuente: tabla 1.

La presencia y el tipo de enfermedades fue otra de las características generales de los adultos mayores que fue estudiada. Se observó un predominio de ancianos que tenían al menos una enfermedad diagnosticada (82,44%), en comparación con el 17,56% de ellos en los que en la historia clínica no se recogía diagnóstico de enfermedad crónica alguna. Dentro de las enfermedades que fueron identificadas en las historias clínicas de los pacientes se encontró con mayor frecuencia referencia a diagnóstico de hipertensión arterial (34,32%); le siguieron en orden de frecuencia el Hipotiroidismo (28,99%), la diabetes mellitus (18,34%) y la insuficiencia cardiaca (11,24%). La artritis reumatoide fue identificada como enfermedad en el 10,65% de las historias clínicas revisadas y en el 1,78% se encontró diagnóstico de insuficiencia renal (tabla 1, figura 3).

Tabla 2.- Distribución de adultos mayores según edad y presencia de enfermedades

Grupos de edades	Muestra total de 205 adultos mayores			
	Con enfermedades		Sin enfermedades	
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Entre 65 y 69 años	63	78,75	17	21,25
Entre 70 y 74 años	47	82,46	10	17,54
Entre 75 y 79 años	39	82,98	8	17,02
De 80 años y más	20	95,24	1	4,76
Total	169	82,44	36	17,56

Fuente: cuestionario de investigación

La tabla 2 muestra el análisis bivariado entre la presencia de enfermedades y la edad de los adultos mayores. Se observa como datos generales un predominio de adultos mayores con enfermedades en todos los grupos de edades investigados. Sin embargo, la frecuencia y porcentaje de aparición de enfermedades se hace mayor a medida que aumenta la edad, comenzando en un 78,75% de adultos con enfermedades entre los 65 y 70 años y se extiende hasta el 95,24% de personas con enfermedades después que alcanzan los 80 o más años.

Tabla 3.- Distribución de adultos mayores según sexo y presencia de enfermedades

Sexo	Muestra total de 205 adultos mayores			
	Con enfermedades		Sin enfermedades	
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Masculino	61	77,22	18	22,78
Femenino	108	85,71	18	14,29
Total	169	82,44	36	17,56

Fuente: cuestionario de investigación

Por su parte en la tabla 3 se puede observar el análisis de comparación entre las variables sexo y presencia de enfermedades. Los adultos mayores pertenecientes al sexo femenino presentaron una mayor frecuencia de aparición de enfermedades que llegó a estar presentes hasta en el 85,71% de ellas; en el caso de las personas de sexo masculino, se identificó presencia de enfermedades en el 77,22%.

Tabla 4.- Distribución de adultos mayores según calidad de vida

Calidad de vida	Muestra total de 205 adultos mayores	
	Frecuencia	Por ciento
Adecuada	88	42,93
Inadecuada	117	57,07
Total	205	100,0

Fuente: cuestionario de investigación



Figura 4.- Porcentaje de adultos mayores según calidad de vida

Fuente: tabla 4

El análisis de la calidad de vida de los adultos mayores, según los datos recopilados en la historia clínica durante la evaluación geriátrica a los adultos mayores mostró un predominio de adultos mayores con calidad de vida inadecuada (57,07%). En el 42,93% de las historias clínicas de los adultos mayores se encontraron elementos que permiten catalogar la calidad de vida como adecuada (tabla y figura 4).

Tabla 5.- Distribución de adultos mayores según calidad de vida, edad y sexo.

Grupos de edades y sexos	Muestra total de 205 adultos mayores			
	Calidad de vida Adecuada		Calidad de vida inadecuada	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Entre 65 y 69 años	38	47,50	42	52,50
Entre 70 y 74 años	28	49,12	29	50,88
Entre 75 y 79 años	17	36,17	30	63,83
De 80 años y más	5	23,81	16	76,19
Sexo				
Masculino	34	43,04	45	56,96
Femenino	54	42,86	72	57,14

Fuente: cuestionario de investigación

El análisis de distintos indicadores fueron la calidad de vida, la edad y el sexo de los adultos mayores se muestra en la tabla 5, teniendo como elemento base la calidad de vida de los adultos mayores. En relación a la edad se observa un detrimento de la calidad de vida a medida que aumenta la edad, dado por la disminución del porcentaje de ancianos con calidad de vida. En el grupo de pacientes entre 65 y 69 años en el 47,50% de ellos se pudo catalogar como con calidad de vida adecuada, este porcentaje disminuyó considerablemente hasta el 23,81% en los adultos mayores de 80 años y más. La disminución del porcentaje de ancianos con calidad de vida adecuada fue estadísticamente significativa alcanzando un valor de p de 0,039.

En relación al sexo el análisis permitió mostrar resultados que exponen porcentajes similares de calidad de vida adecuada al comparar adultos mayores masculinos y femeninos. El comportamiento de la calidad de vida adecuada en el sexo masculino fue del 43,04% y en el sexo femenino de 42,86%.

Tabla 6.- Distribución de adultos mayores según calidad de vida y presencia de enfermedades

Calidad de vida	Muestra total de 205 adultos mayores			
	Con enfermedades		Sin enfermedades	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	60	68,18	28	31,82
Inadecuada	109	93,16	8	6,84
Total	169	82,44	36	17,56

Fuente: cuestionario de investigación

Se puede observar en la tabla 7 la distribución de adultos mayores entorno a las variables calidad de vida y presencia de enfermedades. En este sentido se muestran porcentos superiores de adultos mayores con calidad de vida adecuada en los que no se identificó enfermedades (31,82%), en comparación al grupo en los cuales si existían antecedentes de enfermedades diagnosticadas en la historia clínica (6,84%).

Tabla 7.- Distribución de adultos mayores según capacidad funcional

Capacidad funcional	Muestra total de 205 adultos mayores	
	Frecuencia	Por ciento
Sin discapacidad	49	23,90
Con discapacidad	156	76,10
Tipo de discapacidad n= 156		
Discapacidad ligera	69	44,23
Discapacidad moderada	59	37,82
Discapacidad severa	28	17,95

Fuente: cuestionario de investigación

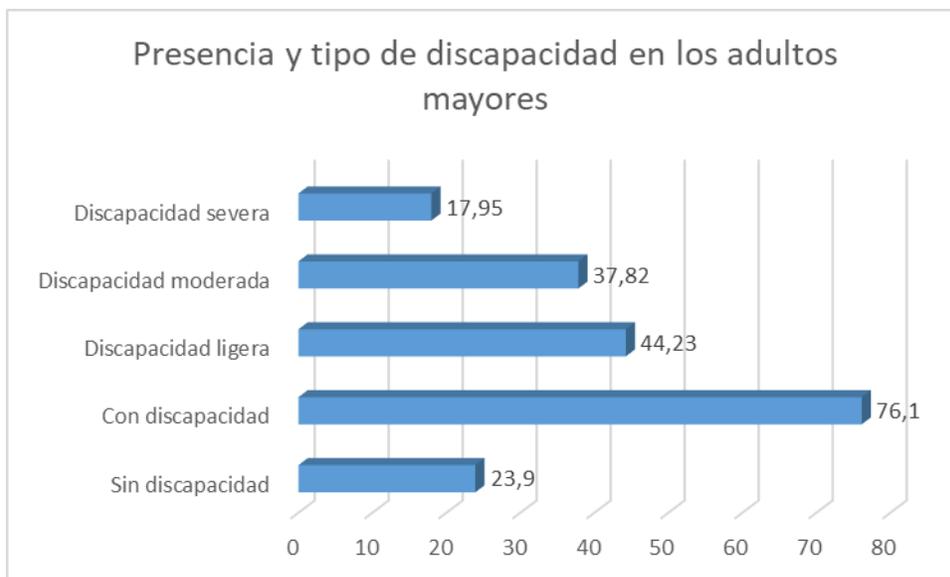


Figura 5.- Porcentaje de adultos mayores según calidad de vida

Fuente: tabla 7

El análisis de la capacidad funcional se muestra en tabla 7 y figura 1 se puede observar en ella que en el 76,10% de los adultos mayores cuyas historias clínicas fueron investigadas se encontró algún grado de discapacidad. Dentro del total de personas con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria se identificó que predominó la discapacidad ligera (44,23%), seguido de la discapacidad moderada (37,82%) y la discapacidad severa que

estuvo presente en el 17,95% de los ancianos a los cuales se revisó su historia clínica individual.

Tabla 8.- Distribución de adultos mayores según capacidad funcional, edad y sexo

Grupos de edades y sexos	Muestra total de 205 adultos mayores			
	Sin discapacidad		Con discapacidad	
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Entre 65 y 69 años	27	33,75	53	66,25
Entre 70 y 74 años	11	19,30	46	80,70
Entre 75 y 79 años	8	17,02	39	82,98
De 80 años y más	3	14,28	18	85,72
Sexo				
Masculino	21	26,58	58	73,42
Femenino	28	22,22	98	77,78

Fuente: cuestionario de investigación

El análisis conjunto de la capacidad funcional de los adultos mayores en relación a la edad y el sexo mostró que a medida que aumentó la edad de los pacientes también lo hizo el porcentaje de ellos que presentó algún tipo de discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria; tal es así que en el grupo comprendido entre 65 y 69 años se identificó que el 33,75% de los adultos mayores no presentaban discapacidad, porcentajes que fueron disminuyendo hasta llegar a solo un 28% de adultos mayores sin discapacidad al llegar a los 80 años o más. Esta disminución mostró significación estadística dada por un p igual a 0,041.

En relación al sexo se encontró un ligero predominio de presencia de discapacidad en las personas del sexo femenino (77,78%); en comparación con las personas del sexo masculino (73,42%); sin embargo, esta diferencia no mostró significación estadística (tabla 8).

Tabla 9.- Distribución de adultos mayores según capacidad funcional y presencia de enfermedades.

Capacidad funcional	Muestra total de 205 adultos mayores			
	Con enfermedades		Sin enfermedades	
	Frecuencia	Por ciento	Frecuencia	Por ciento
Sin discapacidad	20	40,82	29	59,18
Con discapacidad	149	95,51	7	4,49
Total	169	82,44	36	17,56

Fuente: cuestionario de investigación

Por su parte en la tabla 9 se muestra el comportamiento de la presencia de discapacidad en relación a la presencia o ausencia de enfermedades crónicas. Se observa que los adultos

mayores que no presentaban diagnóstico de alguna enfermedad crónica mostraron un 59,18% de no presencia de discapacidad; comparado con solo el 40,832% de adultos mayores con enfermedades y sin discapacidad.

Tabla 10.- Distribución de adultos mayores según capacidad funcional y calidad de vida.

Calidad de vida	Muestra total de 205 adultos mayores			
	Sin discapacidad		Con discapacidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	39	44,32	49	55,68
Inadecuada	10	8,55	107	91,45
Total	49	23,90	156	76,10

Fuente: cuestionario de investigación

El análisis comparativo entre calidad de vida y capacidad funcional mostró que el 91,45% de los adultos mayores que presentaron discapacidad alcanzaron una condición de calidad de vida inadecuada; sin embargo, este porcentaje disminuyó al 55,68% de los adultos mayores con discapacidad y calidad de vida adecuada (tabla 10).

Tabla 11.- Resultados de la correlación de Pearson entre calidad de vida y capacidad funcional.

Variables		Calidad de vida	Capacidad funcional
Capacidad funcional	Resultado	0,787	1,00
	Significación	0,02	----
	n	205	205
Calidad de vida	Resultado	1,00	0,787
	Significación	----	0,02
	n	205	205

Fuente: procesamiento estadístico

Los resultados de la prueba de correlación de Pearson entre las variables calidad de vida y capacidad funcional mostraron un resultado dado por un valor de 0,787 entre la capacidad funcional y la calidad de vida. Este resultado es considerado como una correlación positiva considerable. Este resultado mostró una p de 0,02 que permite afirmar que existe suficiente evidencia para plantear que la el aumento de las puntuaciones de discapacidad funcional condiciona puntuaciones de calidad de vida catalogadas como inadecuadas.

Discusión

El estudio de los elementos generales relacionados con la calidad de vida de los adultos mayores y su capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria, constituye uno de los elementos fundamentales de la promoción de salud relacionada con este grupo poblacional. El cumplimiento de las actividades de la vida diaria supone una importancia capital para todas las personas; más aún para las personas de la tercera edad que, por diferentes razones, ven disminuidas sus capacidades cognitivas conductuales y esto afecta su comportamiento biopsicosocial (Villafuerte Reinante, Alonso Abatt, Alonso Vila, Alcaide Guardado, Leyva Betancourt, & Arteaga Cuéllar, 2017).

El estudio de las características generales mostro resultados merecedores de ser destacados; el primero de ellos se relaciona directamente con el predominio de adultos mayores del sexo femenino. Existen investigaciones que describen un predominio de personas femeninas a partir de la tercera edad (Padilla-Sánchez, Saucedo-Campos, Ponce-Rosas, & González-Pedraza, 2017). Incluso se describe que a partir de los 60 años de edad la proporción mujer hombre es de 1,5:1 y al acercarse a los 80 años se aproxima a 2:1; situación que se asocia a las distintas causas de mortalidad según sexo, con predominio de enfermedades neoplásicas en los adultos mayores masculinos (Corugedo Rodríguez, García González, González Arias, Crespo Lechuga, González García, & Calderín Hernández, 2014).

Un elemento también significativo es el elevado por ciento de adultos mayores con niveles educativos bajos; este resultado, aunque no fue posible comparar con investigaciones previas, puede ser el reflejo de políticas educativas inadecuadas de tiempos remotos, principalmente en áreas rurales como es la parroquia San Luis. En áreas rurales, en tiempos pasados la educación no era considerada como una actividad prioritaria por lo que se prestaba mayor atención a la realización de las actividades productivas, principalmente agrícolas, para mejorar el sustento familiar, en detrimento de la preparación educativa y profesional de los niños.

El elevado por ciento de adultos mayores con presencia de enfermedades crónicas, es un resultado que ha sido ampliamente reportado en distintas investigaciones nacionales e internacionales. En este sentido Solis Cartas y colaboradores (2018) reportan elevado por ciento de presencia de enfermedades crónicas en personas mayores de 60 años con osteoartrosis y otras enfermedades crónicas; reporte con el coinciden otros investigadores.

El aumento de la frecuencia de aparición de enfermedades crónicas en adultos mayores puede ser consecuencia de distintas situaciones. La primera de ellas es referente al propio proceso del envejecimiento que genera disfunción variable en distintos órganos y sistemas de órganos del cuerpo humano (Miguel Soca, Sarmiento Teruel, Mariño Soler, Llorente Columbié, Rodríguez Graña, & Peña González, 2017). Otras posibles causas de aumento de incidencia y prevalencia de enfermedades en los adultos mayores investigados puede estar dado por los hábitos y estilos de vida inadecuados que se suele llevar en algunas comunidades rurales, principalmente relacionados con los patrones de alimentación saludable, considerando que la alimentación, sobre todo en edad adulta media y mayor, son fundamentales para lograr un adecuado equilibrio del estado de salud (biopsicosocial) (González Rodríguez, Martínez Cruz, Castillo Silva, Rodríguez Márquez, & Hernández Valdés, 2017).

La hipertensión arterial, el hipotiroidismo y la diabetes mellitus fueron las enfermedades que con mayor frecuencia se recogía en las historias clínicas de los adultos mayores investigados. En relación a la hipertensión arterial es necesario destacar que a medida aumenta la edad se presentan una serie de condiciones, de distinto origen, que favorecen el aumento de la incidencia de esta enfermedad (González Rodríguez, et al, 2017). El aumento del índice de masa corporal, de la obesidad, del sedentarismo y del consumo de alimentos inadecuados unido a una dieta poco balanceada constituyen elementos de conducta que pueden justificar este resultado (González Popa, González Rodríguez, Toirac Castellano, & Milanés Pérez, 2018).

Adicionalmente se presentan otros estados que también pueden aumentar el riesgo de hipertensión arterial en este grupo poblacional; dentro de ellos se incluyen las dislipidemias, los estados de resistencia a la insulina y la hiperuricemia entre otras (González Rodríguez, Lozano Cordero, Aguilar Méndez, Gómez Domínguez, & Llanes, 2017). Cada uno de estos estados puede presentarse independiente o en combinaciones con las otras posibles causas señaladas; sin embargo, es importante señalar que mientras mayor sea el número de situaciones que converjan mayor será el riesgo de aparición de la enfermedad (González Popa, González Rodríguez, Toirac Castellano, & Milanés Pérez, 2018).

El hipotiroidismo es una enfermedad crónica que generalmente no es de las de mayor frecuencia de presentación, sin embargo, en el contexto de la investigación, en la práctica

médica diaria, y sin existencia de evidencias justificadas, se observa un aumento de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad. Se necesitaría realizar estudios con otras metodologías de investigación aplicadas con el fin de identificar las posibles causas que generan este resultado.

En relación a la diabetes mellitus es importante señalar que distintos autores reportan un aumento de la prevalencia de la enfermedad a partir de los 50 o 60 años de edad; condicionado por el aumento de la diabetes mellitus tipo 2 (Poll Pineda, Rueda Macías, Poll Rueda, Mancebo Villalón, & Arias Moncada, 2017). El aumento de la prevalencia de esta enfermedad ha sido señalado por distintos autores como consecuencia de alteraciones nutricionales, lipídicas y por algunos trastornos del sistema inmune que condicionan la aparición de la enfermedad y se producen secundariamente al proceso de envejecimiento; aunque no se describe que exista disminución de la producción de insulina por el páncreas (Petermann, et al, 2018).

Todas estas enfermedades antes señaladas son descritas con mayor frecuencia de presentación en edades más avanzadas, resultado que también fue encontrado en esta investigación. Este resultado permite plantear que a medida que aumenta la edad de las personas aumenta también el riesgo de aparición de enfermedades crónicas condicionado por distintas situaciones en las que destacan los hábitos y estilos de vida y los trastornos metabólicos.

La determinación de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores fue el objetivo fundamental de la investigación. Su determinación, basada en los elementos contenientes en la historia clínica, permitió identificar que existe un predominio de adultos mayores con calidad de vida inadecuada. Las personas de la tercera edad, como también se conoce a los mayores de 65 años, constituyen un grupo poblacional en el cual se conjugan una serie de elementos que condicionan negativamente la calidad de vida (Padilla-Sánchez, Saucedo-Campos, Ponce-Rosas, & González-Pedraza, 2017). La presencia de enfermedades, la inactividad física resultante, la disociación familiar y social y otros elementos discriminatorios; constituyen algunos ejemplos en este sentido (Villafuerte Reinante, Alonso Abatt, Alonso Vila, Alcaide Guardado, Leyva Betancourt, & Arteaga Cuéllar, 2017).

Conocer la calidad de vida de los adultos constituye un elemento de gran valor para trazar estrategias de intervención por parte de las autoridades de salud que condicionen lograr la meta de un envejecimiento activo y favorable, para lograrlo se necesita aumentar los niveles de satisfacción de los adultos mayores con su calidad de vida y mejorar la capacidad funcional de los mismos.

Sin embargo, la determinación de la percepción de calidad de vida no es suficiente; se necesita determinar las causas o condiciones que determinan las distintas puntuaciones. Este elemento es una de las limitaciones de la presente investigación. No pudieron determinarse por el propio diseño retrospectivo de la investigación, que impidió el contacto directo con la generalidad de los adultos mayores y por ende la identificación de las causas o condiciones que limitan la calidad de vida.

Los resultados obtenidos, dados por predominio de adultos mayores con calidad de vida inadecuada, coinciden con el de otros estudios que también señalan predominios de adultos mayores con percepciones inadecuadas de calidad de vida (Vivas Bombino, & González Tapia, 2017). La convergencia de resultados actuales y referentes permite afirmar que existen condiciones relacionadas con este grupo poblacional que minimizan la calidad de vida de las personas de 65 años o más.

El análisis de los resultados obtenidos de percepción de calidad de vida en relación a la edad mostró que a medida que aumenta la edad disminuye la calidad de vida adecuada de los adultos mayores. La significación estadística obtenida permite plantear que existen suficientes elementos para plantear que a medida que aumenta la edad de las personas disminuye su percepción de calidad de vida.

Otras investigaciones como las realizadas por Martín Aranda (2018) y Gálvez Olivares y colaboradores (2020), también coinciden en señalar un resultado similar en torno a la disminución de la percepción de calidad de vida a nivel que aumenta la edad. Un elemento que también merece ser destacado es que la calidad de vida adecuada disminuyó en los adultos mayores con enfermedades crónicas, lo cual puede ser justificado por las manifestaciones clínicas y complicaciones que generan las enfermedades crónicas y que tienen una repercusión negativa en la calidad de vida de los adultos mayores.

Sin embargo, no se encontró diferencias significativas en relación al sexo de los adultos mayores, resultado que discrepa por lo planteado por otros autores que plantean que uno de los elementos distintivos en la feminización del envejecimiento es la disminución de la percepción de calidad de vida más acentuada en las féminas en relación a los adultos masculinos (Gálvez Olivares, Aravena Monsalvez, C., Aranda Pincheira, Ávalos Fredes, & López-Alegría, 2020).

Otro elemento distintivo de la investigación fue la determinación de la capacidad funcional en relación a las actividades de la vida diaria; este elemento es considerado como acompañante de la percepción de calidad de vida y condiciona, en no pocas ocasiones, la percepción de los adultos mayores (Quino-Ávila, & Chacón-Serna, 2018).

Para las personas de la tercera edad poder realizar las actividades de la vida diaria con la mayor independencia posible es un elemento fundamental que refuerza su independencia y condiciona mayor autodeterminación; por el contrario la dependencia para realizar estas actividades genera depresión y mayor aislamiento (Paredes Arturo, & Yarce Pinzón, 2018)

El elevado grado de presencia de discapacidad encontrado es similar al de otras investigaciones aunque supera los porcentajes descritos en otros trabajos utilizados como punto de referencia y/o comparación (Quino-Ávila, & Chacón-Serna, 2018). Una explicación posible puede estar dada, entre otras situaciones, por el aumento de enfermedades crónicas presentes en los adultos mayores. Estas enfermedades generan manifestaciones clínicas y complicaciones que pueden generar estados de discapacidad transitoria o permanente que pudieran estar reflejados en los resultados de este estudio.

La capacidad funcional, al igual que la calidad de vida, se vino en detrimento a medida que aumento la edad de los adultos; este resultado también estuvo avalado por una significación estadística inferior al valor definido en la investigación, lo que permite afirmar que existe suficiente evidencia para plantear que el aumento de la edad condiciona aumento de la presencia de discapacidad en los adultos mayores.

La relación existente entre calidad de vida y capacidad funcional estuvo dada por predominio de calidad de vida inadecuada en pacientes con presencia de discapacidad. El resultado de la prueba de correlación de Pearson mostró una correlación negativa considerable entre

capacidad funcional y percepción de calidad de vida; la interpretación de este resultado muestra que a medida que aumentan las puntuaciones del cuestionario de capacidad funcional (como muestra de disminución de la capacidad funcional y de presencia de discapacidad), también aumentan las puntuaciones del cuestionario de calidad vida que reflejan una disminución de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores.

Este resultado también ha sido reportado en otras investigaciones, con distintos objetivos (Campo Torregroza, Laguado Jaimes, Martín Carbonell, & Camargo Hernández, 2018). Lo que permite reforzar el planteamiento de que existe una relación directa entre discapacidad funcional y afectación de la percepción de calidad de vida.

CONCLUSIONES

- Se describieron las características generales de los adultos mayores donde destaca el predominio de pacientes femeninas y la presencia de enfermedades. Dentro de estas últimas la hipertensión arterial, el hipotiroidismo y la diabetes mellitus fueron las de mayor frecuencia de presentación.
- Se encontró un predominio de adultos mayores con calidad de vida inadecuada, la cual se vio afectada por la presencia de enfermedades y el aumento de la edad.
- La determinación de la capacidad funcional mostró un predominio de adultos mayores con algún tipo de discapacidad; dentro de estas la discapacidad ligera fue la de mayor frecuencia de presentación. La discapacidad funcional fue predominante en los pacientes con enfermedades crónicas y con mayor edad.
- Se encontró una relación positiva considerable entre la puntuación de capacidad funcional y de calidad de vida en los adultos mayores de la parroquia San Luis, Riobamba, en relación a las actividades de la vida diaria.

RECOMENDACIONES

- Incentivar la utilización de la valoración geriátrica integral como instrumento integral que muestra tanto elementos relacionados con la calidad de vida como la capacidad funcional de los adultos mayores.
- Realizar investigaciones que permitan identificar las causas, condiciones o situaciones que inciden negativamente en la realización de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores afectando su capacidad funcional y su calidad de vida.
- Consolidar el funcionamiento de los grupos gerontológicos como unidad de salud encargada de la valoración geriátrica integral.
- Consolidar la atención geriátrica y el seguimiento adecuado de los adultos mayores en el primer nivel de atención de salud en correspondencia a su estado de salud y los referentes nacionales e internacionales que dictan el nivel de prioridad de la atención de este grupo poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro Cano, M. (2017). El envejecimiento poblacional en cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. *Anales De La Academia De Ciencias De Cuba*, 12(2), 23-31. Recuperado de <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/340>
- Arévalo-Avecillas, D., Game, C., Padilla-Lozano, C., & Wong, N. (2019). Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 30(5), 271-282. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642019000500271>
- Análisis Situacional de Salud (ASIS). (2018). Situación epidemiológica parroquia rural San Luis. Cantón Riobamba, Chimborazo, Ecuador.
- Belaunde Clausell, A., Lluís Ramos, G.E., Consuegra Ivars, G., & Piloto Cruz, A. (2020). Factores predictores de mortalidad en ancianos frágiles. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), e447. Epub 01 de marzo de 2020. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000100009&lng=es&tlng=pt
- Benítez Pérez, M. (2017). Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. *MediSur*, 15(1), 8-11. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100003&lng=es&tlng=es
- Bustamante, M., Lapo, M., Torres, J., & Camino, S. (2017). Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 28(5), 165-176. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642017000500017>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29(3), 182-191. Recuperado de <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Campo Torregroza, E., Laguado Jaimes, E., Martín Carbonell, M., & Camargo Hernández, K.C. (2018). Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor

- institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4), e1640. Epub 01 de diciembre de 2018. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005&lng=es&tlng=es
- Corugedo Rodríguez, M.C., García González, D., González Arias, V.I., Crespo Lechuga, G.A., González García, G., & Calderín Hernández, M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006&lng=es&tlng=es
- Estrada Martínez, M.E., & Escobar Salazar, D.C. (2020). Desarrollo de huertos familiares por los adultos mayores guabebos de la provincia El Oro, Ecuador. *Cooperativismo y Desarrollo*, 8(2), 349-361. Epub 20 de agosto de 2020. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-340X2020000200349&lng=es&tlng=
- Ferrada-Bórquez, L.M., & Ferrada-Bórquez, M.A. (2018). Calidad del empleo de los adultos mayores en Chile, un factor de envejecimiento activo. *Papeles de población*, 24(95), 43-63. Recuperado de <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.95.03>
- Gálvez Olivares, M., Aravena Monsalvez, C., Aranda Pincheira, H., Ávalos Fredes, C., & López-Alegría, F. (2020). Mental health and quality of life in older adults: systemic review. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 384-399. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400384>
- González Popa, M., González Rodríguez, M., Toirac Castellano, Y., & Milanés Pérez, J. (2018). Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. *El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel*. 2014. MULTIMED, 19(4). Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/366>
- González Rodríguez, R., Martínez Cruz, M., Castillo Silva, D., Rodríguez Márquez, O., & Hernández Valdés, J. (2017). Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Revista Finlay*, 7(2), 74-80. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200002&lng=es&tlng=es

González Rodríguez, R., Lozano Cordero, J.G., Aguilar Méndez, A., Gómez Domínguez, O.L., & Llanes, M. (2017). Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(2), 199-208. Recuperado http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200005&lng=es&tlng=es

González Terán, V.R. (2018). Educating elders to face aging derived problems. *Transformación*, 14(1), 70-80. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552018000100007&lng=es&tlng=en

Hechavarría Ávila, M.M., Ramírez Romaguera, M., García Hechavarría, H., & García Hechavarría, A. (2018). El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Revista Información Científica*, 97(6), 1173-1188. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601173&lng=es&tlng=es

Idiáquez, J., Torres, F., Madrid, E., Vega, J., & Slachevsky, A. (2017). Cuestionario de actividades de la vida diaria (T-ADLQ): utilidad en pacientes con accidente cerebrovascular menor. *Revista médica de Chile*, 145(2), 188-193. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000200006>

Martín Aranda, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813&lng=es&tlng=es

Martín Carbonell, M., Cantera Ocegüera, D., & Schuman Betancourt, D. (2017). Estructura familiar, dolor y capacidad funcional en adolescentes con enfermedades reumáticas. *Revista Cubana de Pediatría*, 89(1), 30-39. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000100005&lng=es&tlng=es

- Martínez Pérez, T., González Aragón, C., Castellón León, G., & González Aguiar, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007&lng=es&tlng=es
- Mesa Barrera, Y., Hernández Rodríguez, T.E., & Parada Barroso, Y. (2017). Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(5), 735-750. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000500007&lng=es&tlng=es
- Miguel Soca, P., Sarmiento Teruel, Y., Mariño Soler, A., Llorente Columbié, Y., Rodríguez Graña, T., & Peña González, M. (2017). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Revista Finlay*, 7(3), 155-167. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300002&lng=es&tlng=es
- Padilla-Sánchez, M.L., Saucedo-Campos, G., Ponce-Rosas, E.R., & González-Pedraza, A. (2017). Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. *CES Odontología*, 30(2), 16-22. Recuperado de <https://doi.org/10.21615/cesodon.30.2.2>
- Paredes Arturo, Y.V., & Yarce Pinzón, E. (2018). Functional performance in a group of elderlies. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(4), 92-100. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000400011&lng=es&tlng=en
- Petermann, F., Troncoso-Pantoja, C., Martínez, M.A., Leiva, A.M., Ramírez-Campillo, R., Poblete-Valderrama, F., et al, (2018). Asociación entre diabetes mellitus tipo 2, historia familiar de diabetes y deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 146(8), 872-881. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800872>

- Poll Pineda, J.A., Rueda Macías, N.M., Poll Rueda, A., Mancebo Villalón, A., & Arias Moncada, L. (2017). Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica en adultos mayores. *MEDISAN*, 21(9), 2010-2017. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000900006&lng=es&tlng=es
- Quino-Ávila, A.C., & Chacón-Serna, M.J. (2018). Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombia. *Horizonte sanitario*, 17(1), 59-68. Recuperado de <https://doi.org/10.19136/hs.a17n1.1870>
- Rubio, E., Comín, M., Montón, G., Martínez, T., Magallón, R., & García-Campayo, J. (2013). Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. *Gerokomos*, 24(2), 69-73. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000200004>
- Sánchez Barrera, O., Martínez Abreu, J., Florit Serrate, P., Gispert Abreu, E., & Vila Viera, M. (2019). Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. *Revista Médica Electrónica*, 41(3), 708-724. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300708&lng=es&tlng=es
- Segovia Díaz de León, M.G., & Torres Hernández, E.A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>
- Solis Cartas, U., Torres Carballeira, R., & Milera Rodríguez, J. (2014). Impacto de la artroscopia en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis de rodilla. *Revista Cubana de Reumatología*, 16(2), 115-129. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000200007&lng=es&tlng=es
- Solis Cartas, U., Prada Hernández, D.M., Crespo Somoza, I., Gómez Morejón, J.A., de Armas Hernández, A., García González, V., & Hernández Yane, A. (2015). Percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de manos. *Revista Cubana de Reumatología*, 17(2), 112-119. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000200003&lng=es&tlng=pt

Solis Cartas, U., Barbón Pérez, O.G., & Martínez Larrarte, J.P. (2016). Determinación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de columna vertebral. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 235-243.

Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300003&lng=es&tlng=es

Solis Cartas, U., & Calvopiña Bejarano, S.J. (2018). Comorbilidades y calidad de vida en Osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología*, 20(2), e17. Recuperado de

<https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1188918>

Solis-Cartas, U., Calvopiña-Bejarano, S.J., Martínez-Larrarte, J.P., Paguay-Moreno, Á.R., & Saquipay-Duchitanga, G.I. (2018). Percepción de calidad de vida en pacientes con osteoartritis. Características sociodemográficas y clínicas. Estudio de 5 años. *Revista Colombiana de Reumatología*, 25(3), 177-183. Recuperado de

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.05.002>

Solis Cartas, U., Calvopiña Bejarano, S.J., & Valdés González, E.M. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis del cantón Riobamba.

Revista Cubana de Reumatología, 21(1), e55. Recuperado de

<https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2554482>

Soria Romero, Z., & Montoya Arce, B.J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*,

23(93), 59-93. Recuperado de <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>

Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(8), 53-62. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es&tlng=es

- Valdez-Huirache, M.G., & Álvarez-Bocanegra, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario*, 17(2), 113-121. Recuperado de <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>
- Villafuerte Reinante, J., Alonso Abatt, Y., Alonso Vila, Y., Alcaide Guardado, Y., Leyva Betancourt, I., & Arteaga Cuéllar, Y. (2017). Elderly well-being and quality of life, a challenge for inter-sectoral action. *MediSur*, 15(1), 85-92. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012&lng=es&tlng=en
- Vivas Bombino, L., & González Tapia, M. (2017). A propósito del artículo: calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Medimay*, 23(2), 186-189. Recuperado de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1016/1425>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de láminas Coop/Wonca

Durante las 2 últimas semanas ¿Cuál ha sido la actividad física que pudo realizar durante al menos 2 minutos?	
1	Muy intensa (Ej. Correr de prisa)
2	Intensa Ej. (Correr con suavidad)
3	Moderada Ej. (Caminar a paso rápido)
4	Ligera Ej. (Caminar despacio)
5	Muy ligera Ej. (Caminar lentamente o no poder caminar)
Durante las 2 últimas semanas ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza o desánimo?	
1	Nada en absoluto
2	Un poco
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Intensamente
Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales?	
1	Ninguna en absoluto
2	Un poco de dificultad
3	Dificultad moderada
4	Mucha dificultad
5	Todo, no ha podido hacer nada
Durante las 2 últimas semanas ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	
1	No, nada en absoluto
2	Ligeramente
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Muchísimo
¿Cómo califica su estado de salud en comparación con el de hace dos semanas?	
1	Mucho mejor
2	Un poco mejor
3	Igual, por el estilo
4	Un poco peor
5	Mucho peor
Durante las dos últimas semanas ¿Cómo califica su salud general?	
1	Excelente
2	Muy buena
3	Buena
4	Regular
5	Mala
Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánto dolor ha tenido?	
1	Nada de dolor
2	Dolor muy leve
3	Dolor ligero
4	Dolor moderado
5	Dolor intenso

Anexo 2. Cuestionario de Capacidad Funcional HAQ-CU

Actualmente puede UD:

Usted es capaz de		Sin dificultad 0 ptos.	Alguna dificultad 1 pto.	Mucha dificultad 2 ptos.	Imposible hacerlo 3 ptos.
Vestirse y arreglarse	Vestirse y arreglarse por si mismo. Incluso abrocharse los botones y cordones de los zapatos				
Levantarse	Acostarse y levantarse de la cama				
Comida	Llevarse una copa o vaso lleno a la boca.				
Caminar	Caminar en las afueras de la casa en terreno plano.				
Higiene	Bañarse y secarse todo el cuerpo				
Alcanzar	Abrir y cerrar pilas o llaves				
Agarrar	Agacharse y recoger ropa del suelo				
Otras actividades	Entrar y salir de un carro				