



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años
ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la
Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020.**

AUTORAS:

Acebo Cerón, Leslie Katherin

Flores Cortez, Silvana Del Pilar

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería**

TUTORA:

Lcda. Muñoz Roca, Olga Argentina. Mgs.

Guayaquil, Ecuador

30 de agosto del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Acebo Cerón, Leslie Katherin y Flores Cortez, Silvana Del Pilar** como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. _____

LCDA. MUÑOZ ROCA, OLGA ARGENTINA. MGs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGs

Guayaquil, 30 del mes de agosto del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Acebo Cerón, Leslie Katherin**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 del mes de agosto del año 2021

AUTORA:

f. _____

Acebo Cerón, Leslie Katherin



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Flores Cortez, Silvana Del Pilar**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 del mes de agosto del año 2021

AUTORA:

f. SILVANA FLORES C.

Flores Cortez, Silvana Del Pilar



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Acebo Cerón, Leslie Katherin**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 del mes de agosto del año 2021

AUTORA:

f. _____

Acebo Cerón, Leslie Katherin



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Flores Cortez, Silvana Del Pilar**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 del mes de agosto del año 2021

AUTORA:

f. SILVANA FLORES C.

Flores Cortez, Silvana Del Pilar

URKUND

Documento: [TESIS FINAL - ACEBO Y FLORES.docx](#) (D112457316)

Presentado: 2021-09-12 20:22 (-05:00)

Presentado por: leslie.acebo@cu.ucsg.edu.ec

Recibido: olga.munoz.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje: TESIS FINAL - ACEBO Y FLORES - CALIDAD DE VIDA [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 89 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Lista de fuentes	Bloques
+	+
Categoría	Enlace/nombre de archivo
+	https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-o...
+	TESIS FINAL ANA CARRILLO.pdf
+	TESIS - Ronald Guaranda Barzola.docx
+	https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2018/uo183d.pdf
+	STEFANNY IVONNE GONZÁLEZ ROCAFUERTE.docx
+	TESIS YAGLOA TIGLLAN JENNY ROCIO.docx

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Evaluación de la Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020.

AUTORAS: Acebo Cerón, Leslie Katherin Flores Cortez, Silvana Del Pilar

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

TUTORA:

Lcda. Muñoz Roca, Olga Argentina. Mgs.

Guayaquil, Ecuador 30 de agosto del 2021

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Acebo Cerón, Leslie Katherin y Flores Cortez, Silvana Del Pilar como requerimiento para la obtención del título

de LICENCIADO EN ENFERMERÍA.



Lic. Olga Muñoz Roca, Msc

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS FINAL - ACEBO Y FLORES.docx (D112457316)
Submitted: 9/13/2021 3:22:00 AM
Submitted By: leslie.acebo@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

AGRADECIMIENTO

Nuestro gran y eterno agradecimiento en primer lugar a Dios, nuestro padre celestial, por cada detalle y momento en el cual nos brindaste vida para la realización de nuestro proyecto final de titulación, gracias por ser la base de nuestra morada, por cada día en cual no solo nos permitió levantarnos con vida si no con buena salud y fuerza para seguir este gran camino que culmina con éxito, para lo cual no solo crecimos como persona si no como profesional.

A nuestros padres quienes fueron los principales promotores de nuestros sueños, por estar dispuestos a acompañarnos en cada amanecida y agotadoras noches de estudios, gracias por cada consejo que nos dieron, hoy los resultados son nuestros éxitos. Son quienes por quien nos propusimos a alcanzar este sueño, hoy en día ya culminado. A nuestros maestros de cada semestre y en especial a nuestra tutora que con paciencia y conocimiento nos guio para culminar nuestro trabajo.

A los pacientes, que fueron y serán a lo largo de nuestra carrera pieza fundamental de nuestra formación. Ellos son la razón, el motor de nuestro quehacer diario.

Autoras

Acebo Cerón, Leslie Katherin
Flores Cortez, Silvana Del Pilar

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo, producto de nuestros esfuerzos a Dios por la vida, a nuestros padres por cada día de confianza que nos brindaron en esta larga tarea, la fuente más pura de nuestra inspiración, por entender nuestras labores que fueron necesarias para cumplir la meta anhelada, gracias a todos gracias por siempre estar presente a nuestro lado, nunca juzgarnos y a darnos un correcto y perfecto consejo.

A cada uno de nuestros maestros que fueron parte muy importante en nuestra formación y hoy este trabajo es un tributo a este esfuerzo, por lograr ser las profesionales en que ahora nos convertimos. Nuestros logros son el reflejo de su esfuerzo por forjarnos.

A nuestros adultos mayores que fueron la inspiración para realizar este trabajo y son ejemplo de lucha y superación para esta nación.

Autoras

Acebo Cerón, Leslie Katherin
Flores Cortez, Silvana Del Pilar



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES. MGs
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUÍN JIMÉNEZ. MGs
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

f. _____

DR. LUIS ALBERTO OVIEDO PILATAXI. MGs
OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	IX
DEDICATORIA	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	XI
ÍNDICE.....	XII
ÍNDICE DE GRÁFICO	XIV
RESUMEN	XV
ABSTRAC	XVI
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	10
OBJETIVO GENERAL:.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	10
CAPÍTULO II.....	11
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	13
2.2.1 Adulto mayor	13
2.2.2 Los Adultos Mayores en Ecuador.....	13
2.2.3 Concepto de Vejez	13
2.2.4 Cambios Físicos y biológicos en el adulto mayor.....	14
2.2.5 Calidad de vida.....	15
2.2.6 Dimensiones relacionadas a la calidad de vida.....	16

2.2.7 Cambios corporales relacionados con el envejecimiento	17
2.2.8 Autoestima en el adulto mayor	18
2.2.9 Calidad de vida en la vejez.....	32
2.2.10 Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor por medio del test fantástico	33
2.2.11 Regla de sturge	35
2.3. MARCO LEGAL.....	36
CAPÍTULO III	38
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.1 Tipo de estudio	38
3.2 Población y muestra	38
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	38
3.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos.....	38
3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos	39
VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	40
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS	62
ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE GRÁFICO

GRÁFICO # 1: EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA	43
GRÁFICO # 2: EDAD Y SEXO DEL PACIENTE	44
GRÁFICO # 3: INSTRUCCION DEL PACIENTE.....	45
GRÁFICO # 4: RAZA DEL PACIENTE.....	46
GRÁFICO # 5: I.M.C. DEL PACIENTE.....	47
GRÁFICO # 6: PROCEDENCIA DEL PACIENTE	48
GRÁFICO # 7: CAMBIOS FISICOS Y BIOLOGICOS DEL PACIENTE	49
GRÁFICO # 8: GENERALMENTE FUMA CIGARRILLO DEL PACIENTE ..	50
GRÁFICO # 9: ESTADO FISICO DEL PACIENTE.....	51
GRÁFICO # 10: MOVILIDAD DEL PACIENTE.....	52
GRÁFICO # 11: TEST FANTASTICO	53
GRÁFICO # 12: DIMENSIONES DEL TEST FANTASTICO	54
GRÁFICO # 13: ESTADO MENTAL DEL PACIENTE	55
GRÁFICO # 14: AUTOESTIMA DEL PACIENTE	56
GRÁFICO # 15: RELIGION DEL PACIENTE	57

RESUMEN

La calidad de vida en el adulto mayor radica en su capacidad de adaptación de cambios de aspectos físicos y mentales. **Objetivo:** determinar la calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio Sagrado Corazón de Jesús de Guayaquil, **tipo de estudio:** descriptivo, de corte transversal, cuantitativa población: 40 adultos mayores. **Instrumentos:** (test de calidad de vida "Fantástico") al que se agregó los datos socio demográfico **Resultados:** con respecto a los datos sociodemográficos el 35% están entre 65 a 68 años, el 52% hombres, el 47% tienen instrucción primaria, el 55% son de raza mestiza, IMC 68% está con normopeso, el 73% son de procedencia urbana. Para describir el estado actual de salud de los adultos mayores se utilizaron las dimensiones de la calidad de vida, dimensión física 100% es activo de acuerdo al estado en que estén, la movilidad el 70% es disminuida. En la dimensión psicológica el 70% está orientado, el 80 % católicos, en cuanto a la dimensión social 88% tienen implicación social y 63% calidad y actitud. Para determinar la satisfacción de la calidad de vida del adulto mayor se utilizó test fantástico, según respuestas proporcionadas un 85% la calidad de vida es buena. **Conclusión:** la calidad de vida en este hospicio es buena, pero podría ser mejor y para esto se necesita la intervención de todo el personal, para que así puedan envejecer de una mejor manera en paz, con serenidad y sobre todo con dignidad.

Palabras clave: adulto mayor, evaluación, calidad de vida, objeto psicológico, aspectos físicos.

ABSTRAC

The quality of life in the elderly lies in their ability to adapt to changes in physical and mental aspects, **objective.-** determine the quality of life in the elderly between 65 to 85 years admitted to the Sargood Corazon de Jesus hospice in Guayaquil, **type of study:** descriptive, cross-sectional, quantitative **population:** 40 older adults, **Instruments:** ("Fantastic" quality of life test) to which sociodemographic data were added **Results:** regarding sociodemographic data, 35% were among 65 at 68 years, 52% are men, 47% have a primary education, 55% are of mixed race, BMI 68% are of normal weight, 73% are of urban origin. To describe the current state of health of the elderly, the dimensions of quality of life were used with respect to the physical dimension. 100% are active according to the state in which they are, 70% mobility is decreased. In the psychological dimension, 70% are oriented, 80% are Catholic, in terms of the social dimension, 88% have social involvement and 63% have quality and attitude. To determine the satisfaction of the quality of life of the elderly, the fantastic test, according to the answers provided in 85% the quality of life is good. **Conclusion:** the quality of life in this sponsorship is good but it could be better and for this the intervention of all the staff is needed, so that they can age in a better way in peace, with serenity and above all with dignity.

Keywords: older adult, evaluation, quality of life, psychological object, physical aspects

INTRODUCCIÓN

Debe evaluarse a la calidad de vida reconociéndola desde su concepto esto no solo deberá incluir el estilo de vida si no también la vida en el lugar donde vive, en el lugar donde estudia, trabaja, inclusive su situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien (1).

A nivel mundial, el grupo de los adultos mayores está creciendo de manera exponencial y se estima que para el año 2025 la población de este grupo alcance los 1200 millones de personas en todo el mundo, para el año 2050 se alcanzará los 2000 millones, de los cuales aproximadamente el 80% se encontrará distribuido entre los países en vías de desarrollo. Esta etapa del envejecimiento de la población de adultos mayores se le relacionaba con los países en vía de desarrollo, sin embargo, es un fenómeno demográfico que está cambiando las estructuras sociales nivel mundial (2).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2018 la población mayor de 60 años representó el 10%, siendo los mayores de 80 años el grupo con mayor tasa de crecimiento "La promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida", tiene como finalidad, dar las pautas para el logro de un envejecimiento exitoso, con la menor cantidad de enfermedades posibles o adecuadamente controladas y manteniendo autonomía (3).

Según el INEC, 7 de cada 100 ecuatorianos son adultos mayores, lo que equivale a la existencia de 985.000 individuos que han sobrepasado los 65 años edad, es decir, el 6.2% de la población ecuatoriana atraviesa por un proceso de envejecimiento (cronológico). De este número, sobresale la "feminización" de este grupo, ya que existe una mayor existencia de mujeres en relación a los hombres, en el Ecuador por cada 100 adultos mayores existen 121 adultas mayores de la misma edad (2).

Nuestros adultos mayores tienen presente muchas desventajas como ser más factibles a contraer enfermedades, en especial las que se dan por la edad que son las crónicas degenerativas e incapacitantes, así también veremos la condición económica, la pobreza, pérdida de las capacidades físicas y mentales y disminución en su grado de autonomía. Se estima que entre 2010 y 2050 el número de personas en edades avanzadas que presentará impedimentos físicos pasará de 3 a 15 millones, de modo que se multiplicará por cinco en este periodo, esto sin considerar el posible incremento en la esperanza de vida (4).

El envejecimiento al ser una etapa, la calidad de vida iría de la mano ya que esto resulta de la fusión de diferentes factores con la vivienda, los bienes, el ingreso, el vestido, la alimentación, la educación, el apoyo social percibido e incluso variables sociodemográficas como la edad y el sexo. Para esta gente como para su familia la calidad de vida también se asocia a elementos secundarios como los cuidados y una protección digna, además del respeto hacia su condición de persona y de ser humano, pues genera ambientes de dependencia que repercuten en el hogar (4).

La presente investigación tiene como propósito determinar la calidad de vida Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el auspicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020. La metodología utilizada fue de nivel descriptivo con un método cuantitativo en tiempo prospectivo y según la naturaleza es de corte transversal. Para una mejor comprensión ha sido dividida en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Introducción, planteamiento del problema, justificación y objetivos

Capítulo II: Fundamentación conceptual, antecedentes de la investigación.

Capítulo III: Análisis de los resultados de la investigación, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vejez, en la población aumenta considerablemente y constituye un grave problema para el mundo si no se lleva consigo una buena calidad de vida, esto se ha convertido en una meta para todas las sociedades, ya que en los tiempos presentes más personas superan las barreras cronológicas de la edad, que se ha dado en considerar como la etapa de la vejez. Es así que se puede mencionar que esta situación constituye un problema grave si no se brindan soluciones pertinentes para este acontecimiento que día a día crece y trae consigo el crecimiento de este problema (5).

Desde un punto de vista biológico, podemos detallar que el envejecimiento de las personas es la consecuencia de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo y de la vida, lo que conlleva no solo a un problema gradual de las capacidades físicas si no también mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte, a esto se asocia otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja (6).

Las tasas de discapacidad graves en los adultos mayores se han reducido en los últimos 30 años, esto ha sucedido en los países de ingresos altos ya que no han sido registrados algún cambio en lo que es discapacidad ligera o moderada. Según los datos científicos, detallado por la Organización Mundial de la salud, nos permiten afirmar que las personas mayores tienen que gozar en sus últimos años de mejor salud que sus padres. (6).

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, entre las afecciones comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo (6).

La etapa de la vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la

vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión (6).

El concepto de calidad de vida es eminentemente complejo, evaluador, multidimensional y multidisciplinario, que resulta de la combinación de factores subjetivos y objetivos. Debe ser valorado desde las condiciones materiales y espirituales de vida, imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social–histórico que los criterios técnicos determinan para cada lugar y para cada época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado y que por ende repercuten de manera positiva o negativa sobre su salud (5).

Estos grupos vulnerables, requieren atenciones del Estado desde diversas políticas públicas que impulsen su cuidado y atención de acuerdo a las características físicas y emocionales que en estas edades se demandan. Tomando en cuenta algunas de las alternativas que se han impulsado desde las instancias de gobierno, se pueden identificar instituciones de cuidado y atención de estos, que en ocasiones se resaltan por las insuficiencias tanto en la atención de los estados de salud de dichos individuos como en el diseño inadecuado de estructuras acordes a sus características físicas (2).

Unido a ello, se resaltan las insuficientes alternativas de prevención de la integridad física de dichos ancianos frente a situaciones emergentes que pongan en riesgo su estabilidad emocional y física, entre diversos factores que limitan su complacencia y tranquilidad social. A través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), se establecen políticas públicas direccionadas a garantizar el cumplimiento de los derechos de los adultos mayores en el Ecuador (2).

Es así como se generan programas de intervención y ayuda social dirigidos a esta población que actualmente se calcula son 987.279 personas de 65 años o mayores, que representa el 7,27 % del total de la población, con un alto índice de pobreza extrema: 42,02%. Además, existe en el país 1´600.000

personas con discapacidad que representa el 13,3 % de la población ecuatoriana, de los cuales 550.000 son personas de 65 años en adelante (2).

Es así como en nuestro estudio consideremos que la calidad de vida en los adultos mayores debe tratarse los aspectos tales como el estado de salud, el estado funcional, la predicción de la incapacidad y la determinación de los estados de riesgo y va encaminado de manera integral general con la línea de investigación salud pública.

A partir de esta información es necesario planificar programas preventivos y acciones concretas de salud y la organización de servicios sociales inherentes y ajustados a las necesidades que esta franja etaria demanda. Aquí es necesario destacar que se convierte en un factor excluyente la educación, la planificación o como mínimo la información que el adulto reciba antes y durante la edad señalada (5).

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cómo es la calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el auspicio Sagrado Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas del adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el auspicio Sagrado Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020?
3. ¿Cuál es el estado actual de la salud según las dimensiones física, psicológica y social de los adultos mayores ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la junta de Beneficencia de Guayaquil?
4. ¿Cuál es la autoestima del adulto mayor entre 65 a 85 años de edad ingresados en el auspicio Sagrado Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil con respecto a su calidad de vida, año 2020?

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la distribución de la población por edades ha experimentado una gran transformación con tendencia al aumento de adultos mayores. Este fenómeno es entendible dentro de los procesos de la transición demográfica que sufren la gran parte de las regiones del mundo explicada por el aumento en la esperanza de vida como consecuencia de la disminución de la mortalidad y la reducción en el porcentaje de la población infantil y juvenil debido a las bajas tasas de fecundidad y natalidad (7).

Teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud contempla el envejecimiento activo como componente vital para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, buscando a través de un proceso la optimización de oportunidades en participación es decir la inclusión en la sociedad, seguridad y salud; todo esto para poder lograr un bienestar social, físico y mental (7).

Nosotras como personal de enfermería sentimos gran interés por resolver esta problemática desde el punto de vista del cuidado, ya que aunque el trabajo de enfermería es bueno, no se planifica a través de intervenciones de enfermería la atención a los adultos mayores, que requieren que el personal continuamente les brinde los cuidados necesarios sobre todo aquellos que se encuentran postrados en cama, brindando seguridad, confianza y un trato digno que permita al adulto mayor sentir la necesidad de inclusión en la sociedad.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro (8).

La investigación es novedosa porque permite analizar el problema de manera integral estableciendo sus causales, pero en base a un diagnóstico situacional de la salud de los adultos mayores, es de impacto porque se contará con un cuestionario de preguntas que se aplicará y se evaluará en el paciente adulto

mayor del Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús, lo cual permitirá establecer de mejor manera los procedimientos para una calidad de vida, todo esto es factible porque se cuenta con el apoyo de las personas que dirigen el asilo.

Esta investigación tiene como finalidad evaluar la calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en hogares geriátricos por medio del test fantástico, con la cual se permite medir la calidad de vida en todas sus esferas, teniendo en cuenta la definición de la OMS de calidad de vida, y por medio de este instrumento identificar cuáles de los diferentes ítems de la escala son más determinantes en la calidad del adulto mayor institucionalizado, para así priorizar estos en intervenciones a nivel institucional (7).

A la vez es de gran importancia no solo para el profesional de enfermería sino también para el equipo de salud y familias que se encuentran alrededor del adulto mayor ya que todos jugamos un rol importante en la atención dirigida a este ser en lo que es su calidad de vida, lo que contribuye a disminuir la morbimortalidad por ya sea por maltrato o por enfermedad (7).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio Sagrado Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores 65 a 85 años ingresados en el hospicio Sagrado Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020.
2. Establecer el estado actual de la salud según las dimensiones física, psicológica y social de los adultos mayores ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la junta de Beneficencia de Guayaquil.
3. Establecer la autoestima del adulto mayor entre 65 a 85 años de edad ingresados en el hospicio Sagrado Corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil con respecto a su calidad de vida, año 2020.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Arévalo (Ecuador, 2019), en su investigación sobre predictores de la calidad de vida subjetiva en adultos mayores donde su objetivo principal fue evaluar variaciones entre los residentes ecuatorianos de áreas urbanas y rurales. En este estudio como metodología utilizó una encuesta para evaluar la alimentación, el bienestar, la situación económica, la importancia familiar y la percepción de salud de los adultos mayores de 60 años de áreas rurales y urbanas. Sus resultados revelaron 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 (9).

Martínez (Cuba, 2018) nos menciona en su artículo que el envejecimiento poblacional constituye en la actualidad una problemática. En su investigación nos dice que al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (10).

Aponte (La Paz, 2015), nos indica en su artículo que la población anciana va en aumento y esto deriva la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Tiene que garantizarse una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. Y, al mismo tiempo, que el estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a

evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales (11).

Rubio (Cuba, 2015), en su revista científica metodológica nos indica que el envejecimiento poblacional del mundo y de Cuba es un fenómeno demográfico asociado con la revolución científico-técnica del siglo XXI; sus consecuencias unidas a características socio-demográficas pueden afectar la calidad de vida. La aparición del concepto calidad de vida y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo, es relativamente reciente. La idea comienza a generalizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diferentes ámbitos, como son: salud, salud mental, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general. (8).

Peña (México, 2019) en su artículo original nos dice que la calidad de vida del adulto mayor, es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria, el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez” (12).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Adulto mayor

Los conceptos entre vejes y envejecimientos son muy distintos ya que la primera es una etapa y la segunda es un proceso que el ser humano debe a lo largo de su vida tiene que llegar. Existen vocablos similares o equivalentes a adulto mayor, algunos aceptables y otros despectivos, uno de ellos y el más conocido es viejo. En abril de 1994 la OMS, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años, esto ha sido tradicionalmente usado para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios (13).

2.2.2 Los Adultos Mayores en Ecuador

Según datos del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), la población de adultos mayores en Ecuador llegará hasta finales de próximo año a 1,3 millones. Eso significará un 33% más que en 2010, año en el que se realizó el último Censo de Población y Vivienda. Ese año la población de adultos mayores en Ecuador se calculó en 988.000 personas. Esto significa que en 2020 habrá 28 adultos mayores por cada 100 niños menores de 15 años, mientras que en 1950 se registraban apenas 13. Ecuador tendrá una población relativamente joven, en comparación con otros países de la región (14).

2.2.3 Concepto de Vejez

El término envejecimiento tiene su raíz aeta que, en latín significa la condición de llegar a viejo. En un sentido amplio el envejecimiento se entiende como “un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer, continúa a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la fase final de la vida” (13).

2.2.4 Cambios Físicos y biológicos en el adulto mayor

Los cambios que ocurren en el proceso de envejecimiento del ser humano se puede decir que son los mismos en todas partes del mundo, ya que este proceso empieza con la Concepción de la vida y finaliza con la muerte. El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte, en lo que se destaca con cambios biológicos. En este sentido parece inevitable que el organismo humano pase a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez, la adolescencia, la madurez, la vejez y la muerte (13).

Desde el punto biológico el envejecimiento se considera como un proceso en el cual las células del organismo comienzan a morir a mayor velocidad de la que se regeneran, lo cual provoca que los órganos y sistemas del cuerpo empiecen a manifestar una serie de cambios, alteraciones y decrementos en cuanto a su funcionamiento (13).

Las alteraciones, cambios biológicos y funcionales más comunes que se presentan en los adultos mayores:

- Se produce una ralentización de las funciones generales de los sistemas, que se traduce en una disminución de los reflejos, de los impulsos nerviosos, de la capacidad de respuesta a los aprendizajes nuevos, disminución de la irrigación sanguínea, así como de las respuestas a los estímulos sexuales.
- Falta de elasticidad y flexibilidad que inciden en la capacidad motriz.
- Cambios a nivel hormonal, especialmente de menopausia en la mujer.
- Alteraciones en el sistema sensorial, particularmente la disminución de la visión y el oído (13).
- Cambios en la piel, resultado de la falta de hidratación, la falta de elasticidad y la aparición de arrugas.
- Aparición de problemas circulatorios, varicosidad y la acentuación visible de las venas (13).
- Caída y escasez de cabello y aparición de canas.

El peso corporal se incrementa cerca del 25% en hombres y 18% en mujeres, la grasa corporal aumenta entre 18 y 36% en varones y de 33 a 48% en

mujeres se pierde masa del músculo estriado y disminuye el agua corporal en un 50%. Se presentan variaciones de la estatura de aproximadamente cinco centímetros en hombres y tres centímetros en mujeres, además de alteraciones vasculares y degenerativas, con lo que existe una disminución en el balanceo durante la marcha (13).

Dentro de la disminución de las funciones vitales, durante la tercera edad se presentan diferentes cambios en todos los sistemas del organismo; aparato respiratorio, aparato cardiovascular, sistema endocrino, aparato digestivo, sistema nervioso, sistema renal y sistema inmunitario. Del mismo modo se dan cambios musculares, óseos y articulares, como los son la disminución progresiva de la fuerza muscular, osteoporosis y osteoartritis (13).

Muchos ancianos se encorvan y mueven poco las extremidades superiores e inferiores, suelen arrastrar los pies al caminar y necesitan el apoyo de bastones, andaderas, o el brazo de otra persona, lo que limita el desplazamiento y desenvoltura en la locomoción. El metabolismo disminuye, las células nerviosas se degeneran, reduciendo de este modo los axones y las sinapsis, así como una disminución de la velocidad de conducción, lo que explica el enlentecimiento de la información y la falta de sensibilidad periférica de los adultos mayores (13).

Estas alteraciones neurológicas se manifiestan a nivel de los receptores sensoriales, presentan dificultad en concentración, conceptualización, amnesia, atención, memoria (les cuesta recordar sucesos recientes, y mantienen frescos episodios del pasado). También presentan alteraciones del ritmo de sueño, que corresponde a una alteración de las 24 horas y de la organización del sueño lento y paradójal; las fases no se respetan en duración, lo que les ocasiona insomnio y sueño interrumpido (13).

2.2.5 Calidad de vida

Como ya se ha mencionado y lo corrobora la Organización Mundial de la Salud ya que ellos nos definen que la calidad de vida constituye la percepción que una persona tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que se desenvuelve, en relación con sus expectativas, objetivos, inquietudes y normas. Se trata de un concepto muy

amplio que se allá influenciada de forma completa por la salud física de la persona, su estado psicológico, sus relaciones espirituales y sociales (15).

El ser humano en su vejez unido a las enfermedades crónicas ya transmisibles como no transmisibles como por ejemplo la diabetes se ve afectada debido a que las condiciones de salud constituyen problemas que persisten en el tiempo; el ser diagnosticado con una afección de este tipo acarrea un sin fin de implicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues pueden aparecer de forma inesperada o insidiosa (15).

Esta definición ha sido denominado como una medida centrada en el paciente, la cual, por un lado, mide la opinión de estos respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social y, por el otro, ha sido tomada como una de las variables finales para la evaluación de la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones de salud (15).

2.2.6 Dimensiones relacionadas a la calidad de vida

Dimensión física: se centra en la salud, el estado físico, la movilidad y la seguridad personal. Estado físico y movilidad se encuentran directamente asociados con aspectos de capacidad física y que pueden definirse mejor como capacidades funcionales relacionadas con actividades específicas (15).

Dimensión psicológica: esta dimensión abarca la satisfacción (con las actividades, con los amigos), el estado mental, el estrés que se vincula con la estabilidad emocional, el concepto de sí mismo; es decir, su autoestima y la imagen del cuerpo, la seguridad, la vivencia religiosa, entro otros aspectos. Puede coincidir, en parte, con la búsqueda de la realización social y funcional de cada individuo (15).

Dimensión social: esta dimensión incluye dos subdimensiones fundamentales, la primera, la implicación social la cual se encuentra asociada con actividades comunitarias emprendidas y con el nivel de aceptación y apoyo dado por la comunidad; y la segunda, la calidad y aptitud de las relaciones personales en el núcleo de la vida en el hogar, con la familia y con los amigos (15).

2.2.7 Cambios corporales relacionados con el envejecimiento

Con la edad el organismo cambia ya sea con las transformaciones que se producen en las células de forma individual y en los órganos en conjunto. Estos cambios dan lugar a modificaciones en las funciones internas y en el aspecto (16).

Envejecimiento de las células: A medida que las células envejecen, funcionan con dificultad. Con el tiempo, las células viejas morirán, algo normal en el funcionamiento del organismo (16).

Muchas células mueren porque están programadas para ello. Sus genes tienen un proceso que, cuando se activa, provoca la muerte celular. Esta muerte programada, llamada apoptosis, es un tipo de suicidio celular. La edad de la célula es un desencadenante de este proceso; las células viejas deben morir para dejar sitio a las nuevas. Otros desencadenantes consisten en un exceso de células, y probablemente también las lesiones celulares (16).

Las células viejas también mueren porque solo se pueden dividir un número limitado de veces. Este límite está programado por los genes. Cuando una célula no puede seguir dividiéndose, se agranda y sobrevive durante un tiempo, pero luego muere. El mecanismo que pone límite a la división celular está relacionado con una estructura denominada telómero. Los telómeros tienen la función de desplazar el material genético de la célula que se prepara para la división celular; cada vez que se divide una célula, los telómeros se acortan un poco. Con el tiempo, los telómeros se vuelven tan cortos que la célula no puede dividirse más (16).

El término senescencia se refiere a cuando una célula deja de dividirse. En algunos casos, la lesión en las células provoca directamente su muerte. Las células pueden lesionarse por sustancias nocivas, como la radiación, la luz solar y los medicamentos de quimioterapia. También por ciertos subproductos que resultan de sus propias actividades normales. Estos productos, llamados radicales libres, se liberan cuando las células producen energía (16).

2.2.8 Autoestima en el adulto mayor

La autoestima es un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. Esas características pueden contribuir a la consolidación de atributos personales que conforman la identidad y las relaciones interpersonales. En los adultos mayores, la autoestima se refuerza por el apoyo social, Es importante identificar las variables asociadas a la misma, ya que es una de las primeras causas de la morbilidad y la mortalidad y que permita un abordaje desde la atención primaria en salud y articular las acciones con la política pública del adulto mayor (17).

La mayoría de los adultos mayores manifiestan clínicamente enfermedades, donde la mayoría de sus síntomas se asocian a factores psicosociales. Durante esta etapa, el estado de fragilidad que presenta un adulto mayor, producto de la suma de enfermedades, se agrava por circunstancias sociales y financieras adversas, sentimientos crónicos de depresión, estrés, pérdida de autonomía y funcionalidad. Debemos de influir en el bienestar emocional, el mismo que puede beneficiar en la calidad de vida de las personas, aún más, cuando existen componentes ambientales que pueden empeorar la calidad de vida y bienestar durante el envejecimiento como parte del ciclo de vida de los seres humanos (17).

La autoestima y la calidad de vida, pueden ser valoradas de forma subjetiva s la vez es compleja y multidimensional que ya abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos, ambientales. Componentes nos permiten establecer criterios como son muchas las personas en la actualidad, que dedican su esfuerzo y estudio a la nueva cultura de la longevidad. Esto es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer, desde un punto de vista genérico de la salud, su calidad de vida” (17).

Envejecimiento orgánico

El buen funcionamiento de los órganos depende del buen funcionamiento de sus células. Las células viejas funcionan peor. Además, en algunos órganos, las células mueren y no son reemplazadas; por lo tanto, el número de células disminuye. El número de células en los testículos, los ovarios, el hígado y los riñones disminuye de forma notable con la edad. Cuando el número de células llega a ser demasiado bajo, el órgano no funciona con normalidad. Por ello, la mayor parte de los órganos funcionan peor con la edad (16).

Sin embargo, no todos los órganos pierden el mismo número de células. El cerebro es un ejemplo. Las personas mayores sanas no pierden muchas neuronas. Las pérdidas sustanciales ocurren principalmente en personas que han tenido un accidente cerebrovascular o que sufren un trastorno que causa la pérdida progresiva de neuronas (trastornos neurodegenerativos), tales como la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson (16).

El deterioro de la función de un órgano debido a una enfermedad o al propio envejecimiento puede afectar la función de otro órgano. Por ejemplo, si la aterosclerosis estrecha los vasos sanguíneos de los riñones, estos funcionarán peor debido a la reducción del flujo sanguíneo. A menudo, los primeros signos del envejecimiento afectan al sistema musculoesquelético. Los ojos, seguidos por los oídos, comienzan a cambiar al inicio de la edad adulta (16).

La mayoría de las funciones internas también disminuyen con la edad. La mayor parte de las funciones corporales alcanzan su valor más alto poco antes de los 30 años, y a partir de ahí empieza un descenso gradual pero constante. A pesar de este descenso, la mayoría de las funciones siguen siendo correctas porque la mayor parte de los órganos tienen una capacidad funcional considerablemente superior a la requerida por el organismo (reserva funcional) (16).

Por ejemplo, si la mitad del hígado se destruye, el tejido restante es más que suficiente para mantener un funcionamiento normal. Por lo tanto, son las enfermedades, más que el envejecimiento normal, las que explican la pérdida de la capacidad funcional en edades avanzadas. Aunque la mayoría de las

funciones continúen siendo adecuadas, una disminución de la función significa que las personas mayores tienen menor capacidad para controlar diferentes tipos de estrés, incluidos la actividad física extenuante, los cambios extremos en la temperatura ambiental y las enfermedades (16).

Esta disminución también significa que las personas mayores son más propensas a sufrir los efectos secundarios de los medicamentos. Algunos órganos son más propensos a funcionar de forma inadecuada bajo estrés que otros; dichos órganos incluyen el corazón y los vasos sanguíneos, los órganos urinarios (tales como los riñones), y el cerebro (16).

Huesos y articulaciones

Los huesos tienden a volverse menos densos. La pérdida moderada de densidad ósea se denomina osteopenia y la pérdida grave (incluida la aparición de una fractura debida a la pérdida de densidad de enlace) se denomina osteoporosis. Con la osteoporosis, también son más débiles y propensos a fracturarse. En las mujeres, la pérdida de densidad ósea aumenta después de la menopausia porque se producen menos estrógenos, que ayudan a evitar una destrucción ósea excesiva en el transcurso del proceso normal de formación, reabsorción y remodelación de los huesos (16).

Los huesos se hacen menos densos en parte porque contienen menos calcio (que confiere la dureza al hueso). La cantidad de calcio disminuye debido a que el cuerpo absorbe menos calcio de los alimentos; además, los niveles de vitamina D, que ayuda al cuerpo a usar el calcio, disminuyen ligeramente. Algunos huesos se debilitan más que otros. Los más afectados son el fémur (a la altura de la cadera), los extremos de los huesos del brazo (radio y cúbito) en la muñeca y los huesos de la columna vertebral (vértebras) (16).

Los cambios en las vértebras de la parte superior de la columna hacen que la cabeza bascule hacia delante, comprimiendo la garganta. Como resultado, es más difícil tragar, y es más probable el ahogo. Las vértebras se vuelven menos densas, y las almohadillas de tejido (discos) entre ellas pierden fluido y se vuelven finas, haciendo que la columna vertebral se acorte. Por lo tanto, la estatura de las personas de edad avanzada disminuye (16).

El cartílago que reviste las articulaciones también se vuelve más fino, en parte por el desgaste provocado por años de movimiento. Las superficies de una articulación pueden no deslizarse una sobre otra tan bien como lo hacían antes, y la articulación puede ser ligeramente más propensa a las lesiones. Las lesiones debidas a traumatismos repetidos o al empleo de las articulaciones durante toda la vida conducen, a menudo, a la artrosis, uno de los trastornos más frecuentes de la edad avanzada (16).

Los ligamentos, que unen las articulaciones, y los tendones, que unen los músculos a los huesos, se vuelven menos elásticos, por lo que las articulaciones se notan rígidas o duras. Estos tejidos también se debilitan. Por consiguiente, la mayoría de las personas pierden flexibilidad. Los ligamentos y los tendones suelen desgarrarse con mayor facilidad, y, cuando lo hacen, se curan más lentamente. Estos cambios se producen porque las células que reparan los ligamentos y los tendones se vuelven menos activas (16).

Músculos y grasa corporal

La cantidad de tejido muscular (masa muscular) y la fuerza muscular tienden a disminuir a partir, aproximadamente, de los 30 años; dicha disminución continúa durante toda la vida. Parte de esta reducción está causada por la inactividad física y el descenso en las concentraciones de la hormona del crecimiento y de testosterona, que estimulan el desarrollo muscular. Además, los músculos no se contraen tan rápidamente porque se pierden más fibras musculares de torsión rápida que de torsión lenta (16).

Sin embargo, los efectos del envejecimiento no reducen la masa muscular y la fuerza más de un 10 o 15%, aproximadamente, durante la vida adulta. En ausencia de enfermedad, la mayor parte de la pérdida más allá de ese 10 a 15% se puede prevenir con ejercicio regular. La pérdida de masa muscular más grave (llamada sarcopenia, que literalmente significa la pérdida de la carne) es el resultado de una enfermedad o inactividad extrema, no de la edad en sí (16).

La mayoría de las personas de edad avanzada mantienen una masa muscular y una potencia suficientes para realizar todas las actividades básicas. Muchas personas mayores siguen siendo deportistas, compiten en deportes y

disfrutan de actividades físicas que requieren esfuerzo. Sin embargo, aun las que están en mejor forma notan una cierta decadencia al envejecer (16).

El ejercicio físico regular puede mejorar parcialmente, o al menos retardar significativamente, la pérdida de masa muscular (entrenamiento de resistencia) y de su potencia. Los ejercicios de fortalecimiento muscular se basan en la contracción muscular para contrarrestar la fuerza de la gravedad (como en los ejercicios abdominales y las flexiones), el trabajo con pesas o con gomas elásticas (16).

Por el contrario, la inactividad física, sobre todo el reposo en cama durante una enfermedad puede incrementar notablemente la pérdida de masa muscular. Durante los periodos de inactividad, las personas de edad avanzada pierden masa muscular y fuerza de forma mucho más rápida que las personas jóvenes (16).

Hacia los 75 años, el porcentaje de grasa corporal suele duplicarse en comparación con el de la adolescencia. El exceso de grasa corporal puede aumentar el riesgo de padecer problemas de salud, como la diabetes. La distribución de la grasa también cambia, lo que provoca cambios en la forma del torso. Un régimen de alimentación sano y el ejercicio físico pueden ayudar a las personas de edad avanzada a minimizar el aumento de grasa corporal (16).

Ojos

A medida que las personas envejecen, aparecen los siguientes cambios:

- El cristalino adquiere rigidez, por lo que se hace más difícil enfocar objetos de cerca.
- El cristalino se vuelve más denso, lo que dificulta la visión cuando no hay suficiente luz.
- La pupila reacciona más lentamente a los cambios de luz.
- El cristalino se vuelve amarillo y modifica el modo en que se perciben los colores (16).
- El número de células nerviosas disminuye, afectando la percepción de profundidad (16).
- Los ojos producen menos líquido y en consecuencia se notan secos.

- A menudo, la primera señal innegable de que ha empezado el proceso de envejecimiento es el cambio en la visión (16).

Los cambios sufridos por el cristalino pueden causar o contribuir a lo siguiente:

Pérdida de la visión de cerca: entre los 40 y los 50 años, la mayoría de las personas notan que les resulta difícil ver objetos a una distancia inferior a 60 cm. Este cambio en la visión, denominado presbicia, se produce porque el cristalino se vuelve rígido. Normalmente, el cristalino modifica su forma para ayudar a los ojos a enfocar; por lo tanto, un cristalino rígido hace que resulte más difícil enfocar objetos de cerca (16).

Al cabo de cierto tiempo, casi todas las personas padecen presbicia y necesitan gafas de aumento para leer. Las personas que además usan gafas para ver objetos lejanos pueden necesitar gafas bifocales o de foco variable. Necesidad de una iluminación más intensa: con el envejecimiento, la visión en condiciones de semioscuridad resulta más difícil porque el cristalino tiende a volverse menos transparente (16).

El aumento de la densidad del cristalino comporta que entre menos luz por la retina hasta la parte posterior del ojo. Además, la retina, que contiene las células que perciben la luz, se vuelve menos sensible. Se hace necesaria, por consiguiente, una luz más intensa para poder leer. Por término medio, las personas de 60 años necesitan tres veces más luz que las de 20 para leer (16).

Cambios en la percepción del color: los colores se perciben de forma diferente, en parte porque las retinas tienden a volverse amarillas con el envejecimiento. Los colores pueden parecer menos brillantes, y los contrastes entre diferentes colores pueden resultar más difíciles de ver los azules pueden parecer más grises, y las letras o fondos azules pueden parecer desteñidos. Estos cambios son insignificantes para la mayoría de las personas; sin embargo, las personas de edad avanzada pueden tener problemas para leer un texto impreso en negro sobre un fondo azul o para leer letras azules (16).

Con la edad, la pupila reacciona más lentamente a los cambios de luz. La luz entra en el ojo por la pupila, que se dilata o se encoge para hacer pasar más

o menos luz. Por consiguiente, las personas de edad avanzada pueden no ser capaces de ver cuando entran en una habitación oscura, o pueden quedar temporalmente cegadas al entrar en una zona con iluminación intensa. Dichas personas también suelen ser más sensibles al deslumbramiento. Sin embargo, la mayor tendencia al deslumbramiento suele deberse a trastornos oculares, como por ejemplo las cataratas (16).

La capacidad para ver las diferencias de matices y de tonos y para reconocer los detalles más finos disminuye. Probablemente, esto se produce al disminuir el número de células nerviosas que transmiten las señales visuales de los ojos al cerebro. Este cambio afecta al modo en que se percibe la profundidad, con lo que el cálculo de las distancias se hace más difícil (16).

Las personas de edad avanzada pueden ver pequeñas manchas oscuras que se mueven por su campo visual. Estas manchas, llamadas moscas volantes, son pequeñas cantidades del líquido normal del interior del ojo que se han solidificado. Las moscas volantes no interfieren de manera importante con la visión. A menos que, de repente, aumenten de número, no constituyen un motivo de preocupación (16).

Los ojos tienden a secarse. Este cambio se produce porque disminuye el número de células productoras de fluidos lubricantes de los ojos. La producción de lágrimas puede disminuir (16).

El aspecto de los ojos cambia de modo diverso:

- El blanco (esclerótica) de los ojos puede tomar un tono amarillento o amarronado. Este cambio se debe a los muchos años de exposición a la luz ultravioleta, al viento y al polvo (16).
- Pueden aparecer, esporádicamente, manchas de color en el blanco de los ojos, especialmente en personas de tez oscura.
- Puede aparecer un anillo gris-blanco (arco senil) en la superficie del ojo. El anillo está constituido por sales de calcio y de colesterol. No afecta a la visión (16).
- El párpado inferior puede sobresalir del globo ocular porque los músculos que cierran los ojos tienden a debilitarse y los tendones se distienden. Este estado del párpado (llamado ectropión) puede interferir

con la lubricación del globo ocular y contribuir a que los ojos estén más secos (16).

- Puede dar la impresión de que los ojos se hundan en el cráneo porque disminuye la cantidad de grasa en la zona que rodea los ojos (16).

Oídos

Muchos cambios en el oído probablemente son debidos tanto a la exposición al ruido como al proceso del envejecimiento (véase también Pérdida de audición). Con el tiempo, la exposición a ruidos fuertes perjudica la capacidad auditiva de los oídos, aunque algunas modificaciones del oído se presentan con el paso del tiempo, independientemente de que las personas hayan estado expuestas a ruidos fuertes (16).

A medida que las personas envejecen, cada vez es más difícil oír los sonidos agudos (alta frecuencia de vibraciones). Este cambio se considera una pérdida de la audición asociada a la edad (presbiacusia). Por ejemplo, la música del violín puede sonar menos clara (16).

Boca y nariz

Generalmente, cuando las personas alcanzan los 50 años, los sentidos del gusto y del olfato comienzan a disminuir gradualmente; ambos sentidos son necesarios para saborear la gama completa de gustos en los alimentos. La lengua es capaz de identificar únicamente los sabores principales: dulce, ácido, amargo y salado, así como un sabor relativamente nuevo llamado umami (descrito habitualmente como carnoso o sabroso). Los sabores más sutiles y complejos (el de la frambuesa, por ejemplo) requieren también del olfato (16).

Con la edad disminuye la sensibilidad de los receptores del gusto localizados en la lengua. Estas modificaciones tienden a reducir la capacidad de percibir los sabores dulces y salados más que los amargos o ácidos. El olfato solo disminuye ligeramente ya que el revestimiento de la nariz se vuelve delgado y seco y las terminaciones nerviosas de la nariz se deterioran. Sin embargo, el cambio es pequeño, y suele afectar solo a los olores sutiles. Por consiguiente, la mayoría de las comidas suelen tener un gusto más amargo, y los alimentos con olores sutiles pueden resultar más insípidos (16).

La boca se nota seca más a menudo, en parte porque se produce menos saliva. Además, la sequedad de boca reduce la capacidad de degustar los alimentos. Además, el esmalte de los dientes tiende a erosionarse. Estos cambios, así como la sequedad de boca, hacen que los dientes sean más propensos a la descomposición y a la formación de caries, con lo que aumenta la probabilidad de perder piezas dentales (16).

Con el envejecimiento, la nariz tiende a hacerse más alargada y grande, y la punta tiende a inclinarse. Pueden crecer pelos gruesos en la nariz, el labio superior y la barbilla (16).

Piel

La piel se vuelve más fina, menos elástica, más seca, y forma arrugas finas. Sin embargo, la exposición a la luz solar durante años también contribuye mucho a la formación de arrugas y a que la piel sea áspera y tenga manchas. A menudo, las personas que han evitado la exposición a la luz solar parecen mucho más jóvenes (16).

La piel cambia en parte porque el colágeno (un tejido fibroso resistente que fortalece la piel) y la elastina (que la hace flexible) se transforman químicamente y se vuelven menos flexibles; además, el cuerpo envejecido produce menos colágeno y elastina. Como resultado, la piel se desgarrar con mayor facilidad (16).

La capa de grasa subcutánea disminuye. Esta capa actúa como un cojín para la piel, con lo cual la protege y la sustenta, y también ayuda a conservar el calor corporal. A medida que esta capa se reduce, la piel se lesiona más fácilmente, es más probable que aparezcan arrugas y disminuye la tolerancia al frío. El número de terminaciones nerviosas de la piel también disminuye. Como resultado, las personas se vuelven más sensibles al dolor, a la temperatura y a la presión, y pueden producirse más lesiones (16).

El número de glándulas sudoríparas y de vasos sanguíneos también se reduce y el flujo sanguíneo en las capas profundas de la piel disminuye. Normalmente, el calor se desplaza desde el interior del organismo, por los vasos sanguíneos, hacia la superficie. La cantidad de calor que sale del organismo es menor y el organismo no puede enfriarse adecuadamente. La

piel también tiende a curarse más lentamente cuando el flujo sanguíneo es menor (16).

El número de células que producen melanina (melanocitos) disminuye. Por consiguiente, la piel está menos protegida contra los rayos ultravioletas (UV), como los de la luz solar. En la piel expuesta a la luz solar, aparecen manchas anchas de color marrón (manchas de la edad), probablemente porque la piel tiene, en esta etapa de la vida, menos capacidad para eliminar los productos de desecho. La piel pierde parte de la capacidad de sintetizar vitamina D al exponerse a la luz solar; como resultado, aumenta el riesgo de carencia de vitamina D (16).

Cerebro y sistema nervioso

Con la edad, se reduce el número de células nerviosas del cerebro. Sin embargo, el cerebro puede compensar esta pérdida de varias maneras:

- Al perderse células, se establecen nuevas conexiones entre las neuronas restantes.
- También se pueden formar nuevas neuronas en algunas áreas del cerebro, incluso durante la vejez.
- El cerebro posee más neuronas de las que necesita para realizar la mayoría de las actividades, una característica denominada redundancia (16).

Se sufren cambios en los niveles de las sustancias químicas que ejercen de mensajeras en el cerebro la mayoría tienden a disminuir, pero algunas aumentan. Las células nerviosas pueden perder algunos de sus receptores para estos mensajes químicos. La irrigación sanguínea al cerebro disminuye. A causa de estos cambios debidos a la edad, el cerebro puede funcionar ligeramente peor (16).

Las personas de edad avanzada reaccionan y ejecutan tareas con mayor lentitud, pero si se les da tiempo realizan dichas tareas de forma correcta. Algunas funciones mentales como el vocabulario, la memoria a corto plazo, la capacidad de aprender nuevas nociones y de repetir palabras pueden verse sutilmente reducidas a partir de los 70 años (16).

A partir de los 60 años, el número de células de la médula espinal comienza a disminuir, pero por lo general dicho cambio no afecta a la fuerza ni a la sensibilidad (16).

Corazón y vasos sanguíneos

El corazón y los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos. El corazón se llena de sangre más lentamente; las arterias se vuelven menos capaces de responder a las variaciones de la cantidad de sangre que pasa por ellas y, por consiguiente, la presión arterial suele ser más alta. A pesar de tales cambios, un corazón normal de edad avanzada funciona bien. Las diferencias entre un corazón joven y uno viejo se hacen evidentes cuando es necesario un esfuerzo mayor por parte del corazón y que bombee más sangre, como ocurre cuando una persona ejecuta una actividad física intensa o cuando está enferma (16).

Un corazón más viejo no puede aumentar la frecuencia de los latidos tan rápidamente, ni bombear con la misma rapidez ni cantidad de sangre que un corazón joven. Así pues, los deportistas de edad avanzada no tienen tanta capacidad de adaptación como los jóvenes. Sin embargo, el ejercicio aeróbico regular puede aumentar el rendimiento en las personas de edad avanzada (16).

Los pulmones y los músculos de la respiración

Los músculos utilizados en la respiración, el diafragma y los músculos intercostales, tienden a debilitarse. El número de alvéolos y de capilares pulmonares disminuye; por lo tanto, se absorbe un poco menos de oxígeno del aire respirado. Los pulmones se vuelven menos elásticos. En las personas que no fuman o que no tienen una afección pulmonar, estos cambios no afectan a las actividades cotidianas diarias, pero pueden dificultar la actividad física (16).

Respirar a grandes altitudes (donde hay menos oxígeno) también puede resultar más difícil. Los pulmones se vuelven menos aptos para combatir las infecciones, en parte porque las células encargadas de eliminar de las vías respiratorias los desechos que contienen microorganismos pierden parte de su capacidad funcional. La tos, que también ayuda a limpiar los pulmones, suele ser más débil (16).

Aparato digestivo

En general, el envejecimiento afecta menos al aparato digestivo que a la mayor parte del resto del organismo. Los músculos esofágicos se contraen con menor fuerza, pero la movilidad de los alimentos en el esófago no resulta afectada. Los alimentos son eliminados más lentamente por el estómago que, además, no puede retener grandes cantidades de comida ya que es menos elástico. Pero en la mayoría de las personas, estas modificaciones son tan leves que no llegan a notarse (16).

Ciertos cambios pueden provocar alteraciones en algunas personas mayores. El tracto digestivo produce una cantidad menor de lactasa, una enzima que el organismo necesita para digerir la leche. Como resultado, es más probable que las personas mayores desarrollen una intolerancia a los productos lácteos (intolerancia a la lactosa). Las personas con intolerancia a la lactosa pueden sentirse hinchadas o tener gases o diarrea después de consumir productos lácteos (16).

En el intestino grueso, los materiales se mueven algo más lentamente, lo que en algunas personas contribuye al estreñimiento (16).

El hígado tiende a reducir su tamaño, ya que el número de células disminuye y fluye menos sangre por él. Las enzimas que ayudan al organismo a procesar los fármacos y otras sustancias (metabolismo) no son tan eficaces, por lo que el hígado puede ser ligeramente menos capaz de eliminar del organismo los fármacos y otras sustancias. Por consiguiente, los efectos de los fármacos, intencionados o no, duran más tiempo (16).

Riñones y aparato urinario

Al envejecer, los riñones suelen reducirse de tamaño, ya que el número de células disminuye. A partir de los 30 años, los riñones comienzan a filtrar la sangre de forma menos eficaz. Con el paso de los años, los desechos de la sangre no se eliminan tan bien, y también pueden eliminar demasiada agua, lo que aumenta la probabilidad de sufrir deshidratación. Sin embargo, casi siempre funcionan lo bastante bien como para cubrir las necesidades del organismo (16).

El aparato urinario se modifica de diferentes modos que pueden hacer más difícil el control de la micción:

- El volumen máximo de orina que puede contener la vejiga disminuye. Así, las personas mayores suelen necesitar orinar más a menudo.
- Los músculos de la vejiga pueden contraerse de forma esporádica (volverse hiperactivos), independientemente de la necesidad de orinar.
- Los músculos de la vejiga se debilitan. Como resultado, queda una cantidad mayor de orina dentro de la vejiga después de la micción.
- El músculo que controla el paso de la orina al exterior del organismo (esfínter urinario) pierde capacidad de cerrar correctamente y evitar pérdidas. Por eso, las personas mayores tienen más dificultades para posponer la micción (16).

Estas modificaciones explican, al menos en parte, por qué la incontinencia urinaria (pérdida incontrolable de orina) se vuelve más común con la edad. En las mujeres, la uretra (el tubo a través del cual la orina sale del organismo) se acorta, y su revestimiento se hace más delgado. La disminución en el nivel de estrógenos que se produce con la menopausia puede contribuir a este y a otros cambios en las vías urinarias (16).

En los hombres, la próstata tiende a aumentar de tamaño. En muchos hombres crece lo suficiente como para interferir con el paso de orina e impedir que la vejiga se vacíe por completo. Como resultado, los hombres mayores suelen orinar con menos fuerza, tardan más tiempo en iniciar el chorro de orina, la orina gotea al finalizar la micción y orinan más a menudo. Los hombres mayores también tienen más posibilidades de ser incapaces de orinar a pesar de tener su vejiga llena (retención urinaria). Este trastorno requiere atención médica (16).

Aparato reproductor

Mujeres

Los efectos del envejecimiento sobre los niveles de hormonas sexuales son más evidentes en las mujeres que en los hombres. En las mujeres, la mayor parte de estos efectos están relacionados con la menopausia, cuando los niveles de hormonas femeninas (sobre todo los estrógenos) disminuyen

drásticamente, las menstruaciones cesan definitivamente y el embarazo ya no es posible. La disminución de los niveles de hormonas femeninas causa la reducción de las dimensiones de los ovarios y del útero (16).

Los tejidos de la vagina se vuelven más finos, más secos y menos elásticos (una afección llamada vaginitis atrófica). En los casos graves, estos cambios pueden conducir a prurito, sangrado, dolor durante el coito y necesidad de orinar de forma inmediata (urgencia urinaria). Los senos se vuelven menos firmes y más fibrosos, por lo que tienden a perder su turgencia. Estos cambios dificultan la localización de bultos en las mamas (16).

Hombres

En los hombres, los cambios en los niveles de hormonas sexuales son menos bruscos. Los niveles de testosterona (la hormona sexual masculina) disminuyen, lo que conlleva una menor producción de espermatozoides y una disminución del deseo sexual (libido); no obstante, dicha disminución es gradual. Aunque el flujo sanguíneo hacia el pene tiende a disminuir, la mayoría de los hombres pueden tener erecciones y orgasmos durante toda la vida (16).

Sin embargo, las erecciones pueden no durar tanto tiempo, ser algo menos rígidas, o requerir mayor estimulación para mantenerse. Una segunda erección puede requerir más tiempo. La disfunción eréctil (impotencia) se vuelve más común a medida que el hombre envejece y suele deberse a un trastorno, por lo general a un trastorno que afecta a los vasos sanguíneos (como una enfermedad vascular) o a la diabetes (16).

Sistema endocrino

- Decrecen los niveles y la actividad de algunas de las hormonas producidas por las glándulas endocrinas (16).
- Los niveles de hormona del crecimiento disminuyen, lo que provoca una disminución de la masa muscular (16).
- La aldosterona disminuye, con lo que aumenta la probabilidad de deshidratación. Dicha hormona provoca que el organismo retenga sal y, por lo tanto, agua (16).

La insulina, que ayuda a controlar los niveles de azúcar en sangre, es menos efectiva, y puede producirse en menor cantidad. La insulina permite que el

azúcar pase de la sangre a las células, donde puede convertirse en energía. Los cambios en los niveles de insulina conllevan que los niveles de azúcar se eleven más después de una comida copiosa, y tarden más en volver a la normalidad (16).

Para la mayoría de las personas, los cambios en el sistema endocrino no afectan a la salud en general, pero en otras pueden aumentar el riesgo de sufrir alteraciones en la salud. Por ejemplo, los cambios en los niveles de insulina aumentan el riesgo de sufrir diabetes de tipo 2. Por lo tanto, el ejercicio y la dieta, que pueden potenciar la acción de la insulina, adquieren mayor importancia a medida que las personas envejecen (16).

Producción de sangre

La cantidad de médula ósea activa (donde se producen las células sanguíneas) disminuye, por lo que se genera menor cantidad de dichas células. Sin embargo, la médula ósea, por lo general, puede producir una cantidad suficiente de células sanguíneas durante toda la vida. Los problemas aparecen cuando aumenta la necesidad de glóbulos sanguíneos, como por ejemplo cuando se sufre una anemia o una infección o cuando se produce una hemorragia (16).

En dichos casos, la médula ósea es menos capaz de incrementar su producción de células sanguíneas en respuesta a las necesidades del organismo (16).

Sistema inmunitario

Las células del sistema inmunitario actúan con más lentitud. Estas células identifican y destruyen sustancias extrañas como bacterias, otros microbios infecciosos y, probablemente, células cancerígenas. Dicha lentificación del sistema inmunitario podría explicar algunos cambios o trastornos asociados con el envejecimiento y que provocan que en las personas de edad avanzada (16).

2.2.9 Calidad de vida en la vejez

La calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se

denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar” (11).

El proceso del envejecimiento del organismo humano no se debe reducirse a un mero proceso biológico, se debe analizar el contexto la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural (11).

Se puede entender la vejez, como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo (11).

2.2.10 Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor por medio del test fantástico

El cuestionario fantástico es un instrumento genérico diseñado en el departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, este cuestionario o encuesta permite identificar y medir el estilo de vida de una población. Este cuestionario contiene 25 ítems cerrados que exploran nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida (18).

Este cuestionario presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos. Tomando como punto de corte la media de las calificaciones propuestas por los autores del instrumento (9,10) cinco niveles de calificación estratifican el comportamiento (18):

- <39 puntos= existe peligro
- 40 a 59 puntos = malo
- 60 a 69 puntos = regular
- 70 a 84 puntos = bueno

- 85 a 100 puntos = excelente

Cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio (18).

En términos generales, los resultados pueden ser interpretados de la siguiente manera:

- Excelente indica que el estilo de vida del individuo representa una influencia óptima para la salud;
- Bueno indica que el estilo de vida representa una influencia adecuada para la salud;
- Regular indica que el estilo de vida representa un beneficio para la salud, aunque también presenta riesgos
- malo y existe peligro indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo (18).

El acrónimo FANTÁSTICO representa las primeras letras de diez dominios (a diferencia de la versión original en inglés donde los dominios son nueve) (9); en los cuales se encuentran distribuidas 30 preguntas:

F: Familia y amigos

A: Asociatividad. Actividad física.

N: Nutrición

T: Tabaco

A: Alcohol. Otras drogas.

S: Sueño. Estrés.

T: Trabajo. Tipo de personalidad.

I: Introspección

C: Control de salud. Conducta sexual.

O: Otras conductas: (como peatón, pasajero del transporte público, sigo las reglas; uso cinturón de seguridad y tengo claro el objetivo de mi vida).

Cada una de las 30 preguntas puede ser contestada con los siguientes puntajes: 0: casi nunca; 1: A veces; 2: Siempre. Al puntaje final se le multiplica por 2, obteniéndose un rango final de puntajes de 0 a 120.

Este rango de valores es clasificado en las siguientes categorías que resumen el estilo de vida del evaluado:

0-46: Estas en zona de peligro.

47-72: Algo bajo, podrías mejorar.

73-84: Adecuado, estas bien.

85-102: Buen trabajo, estas en el camino correcto

103-120: Felicitaciones, tienes un estilo de vida Fantástico (19).

2.2.11 Regla de sturge

La regla de Sturges es un método empírico muy utilizado en la estadística descriptiva para determinar el número de clases que deben existir en un histograma de frecuencias, para así poder clasificar un conjunto de datos que representan una muestra o población. Básicamente, con esta regla se determina el ancho de los contenedores gráficos, de los histogramas de frecuencia (20).

2.3. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (21).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (21).

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (21).

Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (21).

Concordancias:

LEY DEL ANCIANO, Arts. 1, 2

Sección séptima

Personas con enfermedades catastróficas

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente (21).

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo ya que nos permitió describir las características del sujeto o población a estudiar sin influir sobre él.

Método: Cuantitativo porque los datos obtenidos se representaron de forma numérica y según el tiempo.

Tiempo: Prospectivo porque se parte para la recolección de datos en tiempos actuales.

Diseño: Transversal porque se realiza un corte en tiempo para programar el estudio y recopilar los datos por una sola vez, a fin de cumplir con los objetivos de la investigación

3.2 Población y muestra

Estuvo constituido por 40 pacientes adulto mayores de entre 65 y 85 años ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Pacientes adultos mayores de entre 65 a 85 años de edad.
- Pacientes ingresados en el hospicio Sagrado Corazón de Jesús.
- Pacientes que desean participar del estudio con su información personal.

Exclusión:

- Pacientes que no están entre los rangos de edad establecidos
- Pacientes que no estén ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús.
- Aquellos pacientes que no desean participar del estudio

3.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos

Para obtener la información de este trabajo de investigación se entregó un instrumento (test fantástico) para obtener los datos de la calidad de vida de cada paciente adulto mayor, para la recolección de la información de las

características sociodemográficas, se realizó una guía de observación indirecta dirigida a la revisión de los expedientes clínicos para la verificación de los datos de los pacientes relacionados al estudio. Para calcular el rango de edad de los pacientes adultos mayores se utilizó la regla de sturges.

3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Luego de obtener la información correspondiente los datos fueron consolidados, tabulados e ingresados a una base de datos diseñados por los autores en el programa Microsoft Excel.

VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variable general: Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años

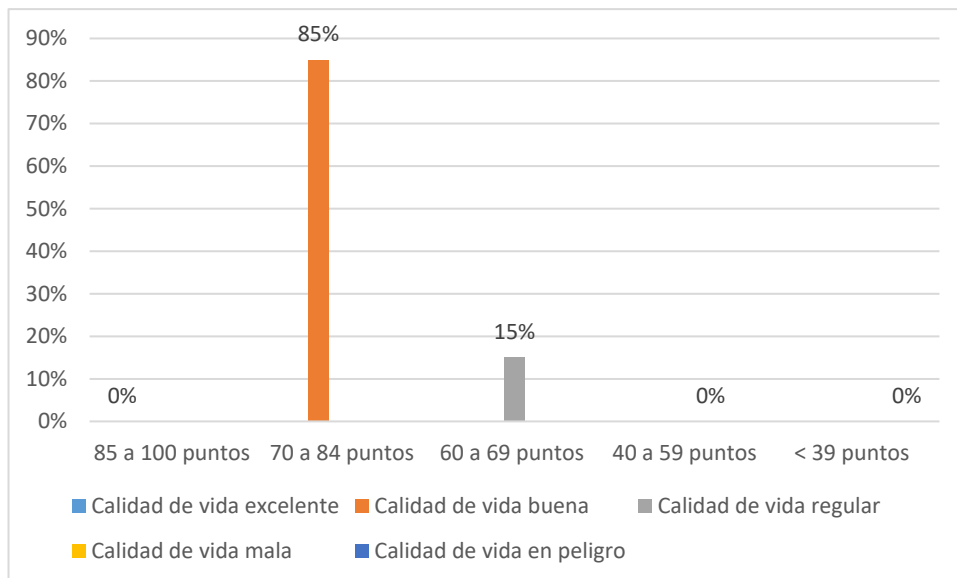
DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICA
CALIDAD DE VIDA	Calidad de vida excelente Calidad de vida buena Calidad de vida regular Calidad de vida mala Calidad de vida en peligro	85 a 100 puntos 70 a 84 puntos 60 a 69 puntos 40 a 59 puntos < 39 puntos	TEST FANTÁSTICO
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad	65 a 68 años 69 a 72 años 73 a 76 años 77 a 80 años 81 a 85 años	GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRECTA
	Sexo	Hombre Mujer	
	Instrucción	Primaria Secundaria Universitario Profesional	
	Etnia	Blanca Mestizo Afrodescendiente Indígena	
	IMC	Bajo Peso: <18.5 Normopeso: 18.5-24.9 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad grado 1: 30-34.9 Obesidad grado 2: 35-39.9 Obesidad grado 3: ≥ 40	
	Procedencia	Rural urbano	
	Cambios físicos y biológicos	Falta de elasticidad: presente <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> Alteraciones sensor perspectiva: presente <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> visión y oído: presente <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> Cambios de la piel: presente <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios: presente <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> Caída y escasez del cabello: presente <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> Aparición de canas: presente <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/>	
	Actividades de la vida diaria	Bañarse, vestirse, ir al baño, o usar el retrete, trasladarse o moverse, y alimentarse.	
	Salud física	Previene diabetes, enfermedades cardiovasculares	

DIMENSIONES DE LA CALIDAD	Relaciones sociales	Ayudan hacer mas independientes,y resolutivos		GUIA DE OBSERVACION DIRECTA
	Dimensión física	Estado físico: activo <input type="checkbox"/> pasivo <input type="checkbox"/> Movilidad: disminuida <input type="checkbox"/> muy limitada <input type="checkbox"/> inmóvil rápida <input type="checkbox"/> Seguridad personal		
	Dimensión psicológica	Satisfacción Estado mental: orientado <input type="checkbox"/> desorientado <input type="checkbox"/> inconsciente <input type="checkbox"/> Autoestima: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Imagen del cuerpo: Religión: Católica <input type="checkbox"/> evangélicos <input type="checkbox"/> testigo de Jehová <input type="checkbox"/> otros		
	Dimensión social	Implicación social <input type="checkbox"/> Calidad y actitud <input type="checkbox"/>		
Test fantástico	(F) Familia y amigos	Tengo con quien hablar de las cosas importantes para mi	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>	CUESTIONARIO DE PREGUNTAS
		Yo doy y recibo cariño	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>	
	(A) Actividad física	Yo realizo actividad física, caminar subir escaleras trabajo de la casa hacer el jardín	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>	
		Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>	
	(N) Nutrición	Mi alimentación es suficiente	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>	
		A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>	
		Estoy pasado a mi peso ideal en	Peso ideal en Normal hasta 4 kg de más (2) En kilos demás (1) En libras de más (0)	
	(T) Tabaco	Yo fumo cigarrillo	No en los últimos 5 años (2) No en el último año (1) He fumado en este año (0)	
		Generalmente fumo cigarrillos por día	Ninguno (2) 0 a 10 (1) Más de 10 (0)	
		Mi número promedio de trago por semana es	0 a 7 tragos (2) 8 a 12 tragos (1) Más de 12 tragos	

	(A) Alcohol	Bebo más de 4 tragos en una misma semana	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
		Manejo el auto después	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
	(S) Sueño y estrés	Duermo bien y me siento descansado	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
		Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
		Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
	(T) Tipo de personalidad	Parece que ando acelerado	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
		Me siento enojado o agresivo	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
	(I) Introspección	Yo soy un pensador positivo y optimista	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
		Yo me siento tenso o apretado	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
		Yo me siento deprimido o triste	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
	(C) Conducción trabajo	Uso siempre el cinturón de seguridad	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
		Yo me siento satisfecho con mi trabajo	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
	(O) Otras drogas	Uso drogas como marihuana cocaína o pasta base	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
		Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta	Siempre (2) <input type="checkbox"/> A veces (1) <input type="checkbox"/> casi nunca (0) <input type="checkbox"/>
		Bebo café te o bebidas o colas que tienen cafeína	Menos de 3 por día (2) 3 a 6 por día (1) Más de 6 por día (0)

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

GRÁFICO # 1: CALIDAD DE VIDA

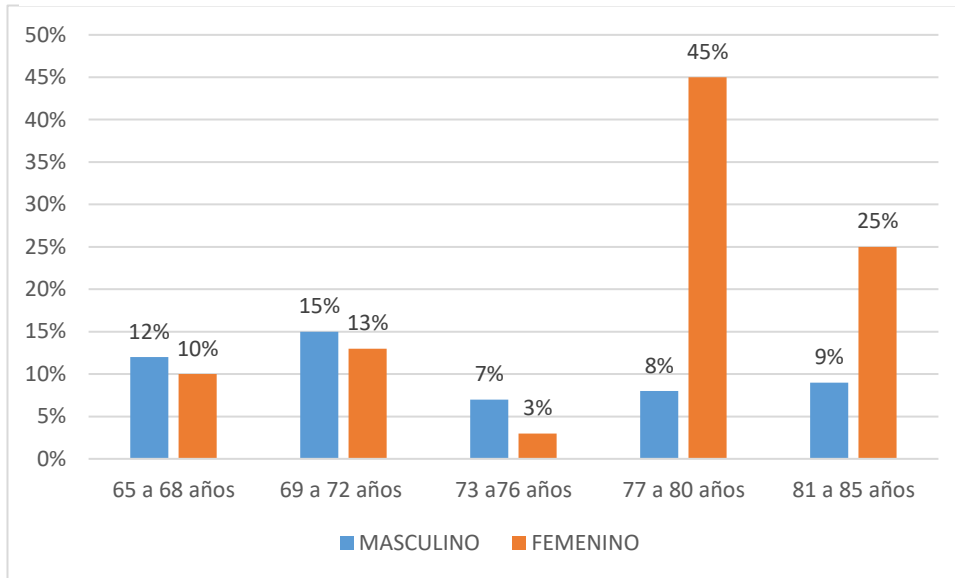


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Guía de observación directa

ANÁLISIS:

Se evaluaron 40 pacientes adulto mayores de entre 65 y 85 años por medio del test fantástico que sirve para definir el tipo de calidad de vida que lleva cada persona en el grafico se detallan los resultados de la puntuación del test fantástico que fue el que se utilizó, según los resultados de los datos la calidad de vida es buena con el 85%, porcentaje que sobresalió.

GRÁFICO # 2: EDAD Y SEXO DEL PACIENTE

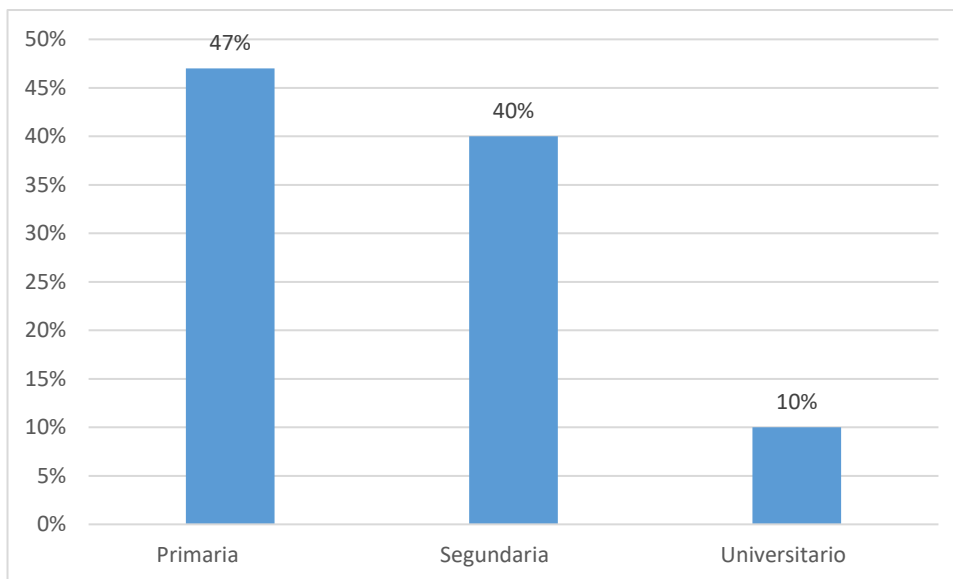


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Guía de observación directa

ANÁLISIS:

Existen dos principales características sociodemográficas de los seres humanos, la edad y el sexo, estas nos ayudan a detallar la calidad de vida y convivencia de los adultos mayores, que ante las sociedades y culturas son inmodificables, en nuestros adultos mayores que están ingresados en el hospicio Sagrado Corazón de Jesús el sexo femenino de 77 a 80 años ocupa el 45% a diferencia del masculino que el mayor porcentaje se encuentra en los adultos de 69 a 72 años con el 15%.

GRÁFICO # 3: INSTRUCCION DEL PACIENTE

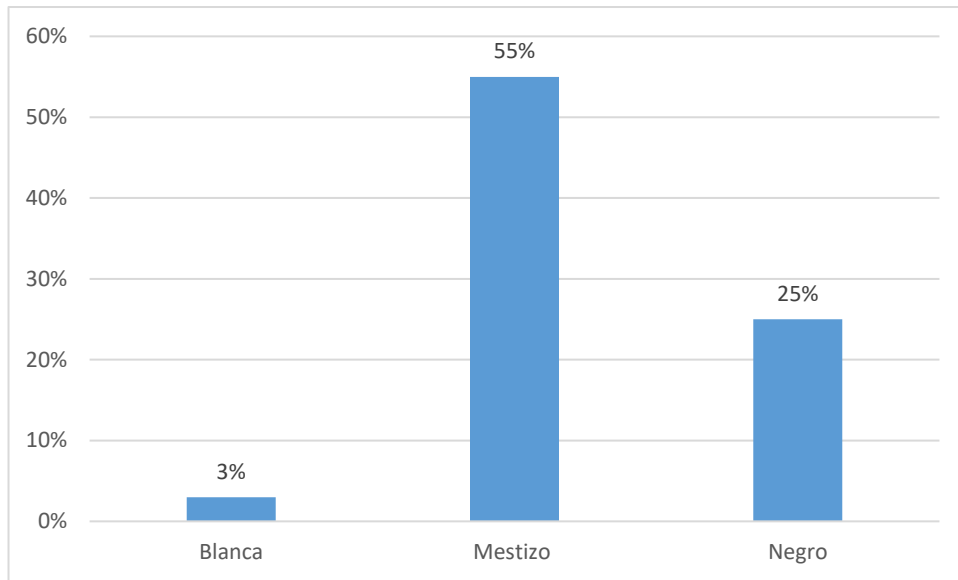


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Guía de observación directa

ANÁLISIS:

La instrucción de nuestros adultos mayores es importante ya que así podemos detallar el conocimiento que ellos tienen acerca de la situación o el momento de cómo viven en cuanto a la calidad de vida, el gráfico se detalla tres diferentes escalas en cuanto a la instrucción siendo la primaria con el mayor porcentaje que equivale al 47% y con menor porcentaje el universitario con el 10%.

GRÁFICO # 4: RAZA DEL PACIENTE

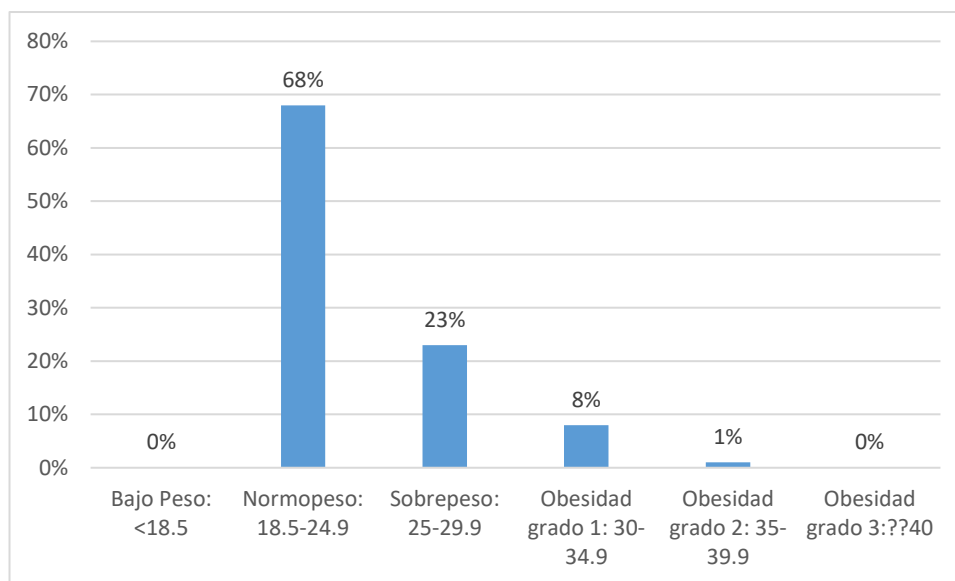


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Guía de observación directa

ANÁLISIS:

La raza es importante detallarla ya que al igual que el sexo y la edad son características donde se puede evaluar la convivencia y con ello la calidad de vida, la Junta de Beneficencia no hace distinción de las diferentes razas por eso las acoge y así prevalece los derechos de los seres humanos se detallaron tres razas entre ellas están los mestizos que ocupan el mayor porcentaje con el 55% que quiere decir que es la raza que más prevalece.

**GRÁFICO # 5:
I.M.C. DEL PACIENTE**



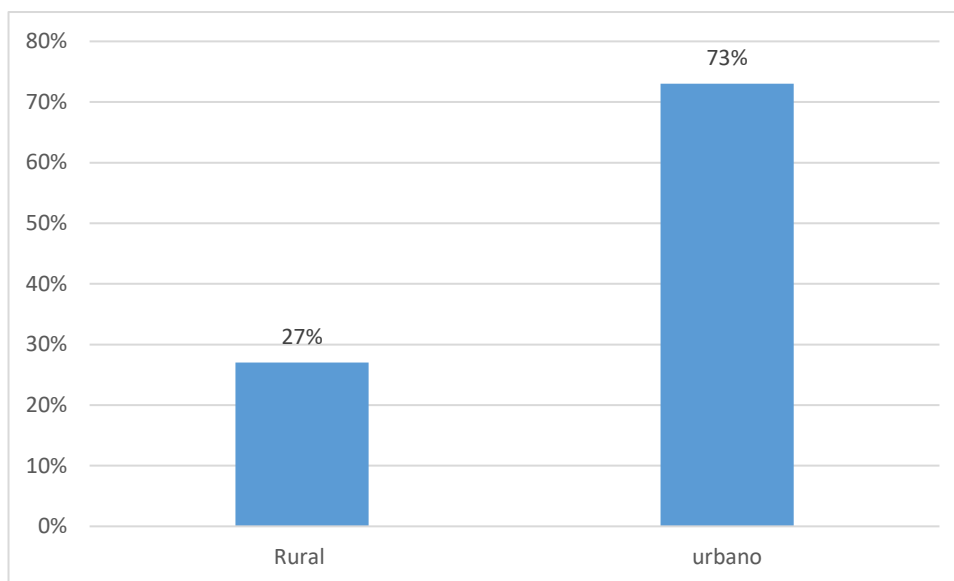
Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana

Fuente: Guía de observación directa

ANÁLISIS:

El I.M.C. es un indicador utilizado para diagnosticar el estado nutricional de acuerdo con el peso en relación con la talla de las personas evaluadas. Se utilizó las tablas de la organización mundial de la salud para evaluar el estado nutricional de los adultos mayores ya que ellos por su cambio fisiológico tienden a reducir desmineralización ósea o disminución de la medida de la talla que es parte de los cambios en esta etapa. El gráfico detallado nos muestra el índice de masa corporal en los adultos mayores, el Normopeso prevalece con el mayor porcentaje con el 68%.

GRÁFICO # 6: PROCEDENCIA DEL PACIENTE

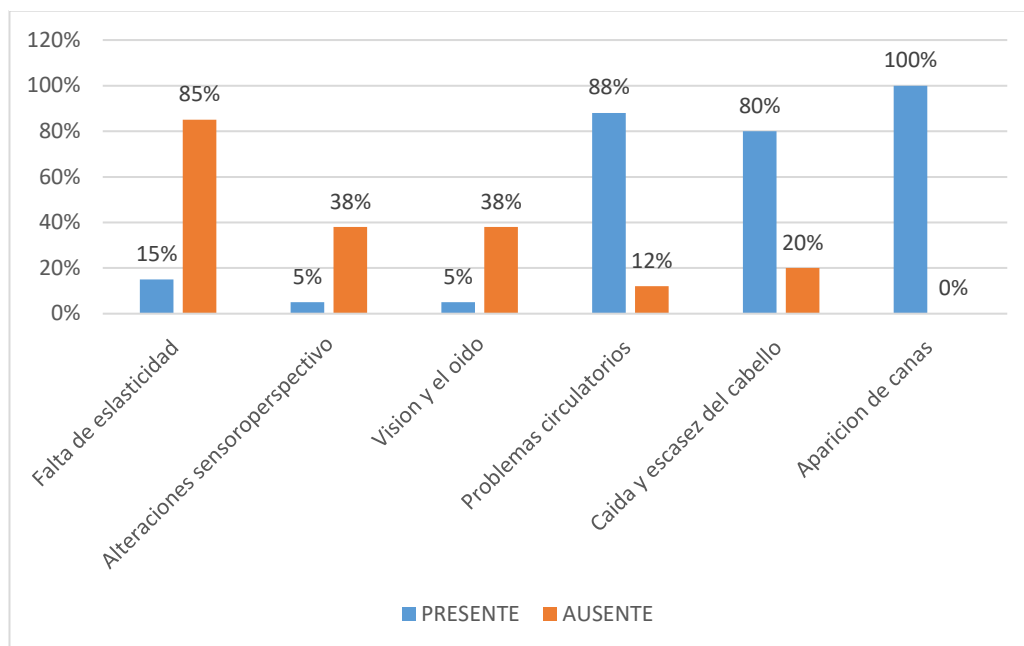


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Guía de observación directa

ANÁLISIS:

La procedencia o el lugar de donde vienen nuestros adultos mayores es importante ya que se podría dar indicios del tipo de vida que llevaron antes de ingresar a la casa de salud y así detallar con esto su calidad de vida o la manera cómo vivieron ellos gran parte de sus años, y fue el área urbana con el 73% que prevaleció con mayor porcentaje.

**GRÁFICO # 7:
CAMBIOS FÍSICOS Y BIOLÓGICOS DEL PACIENTE**

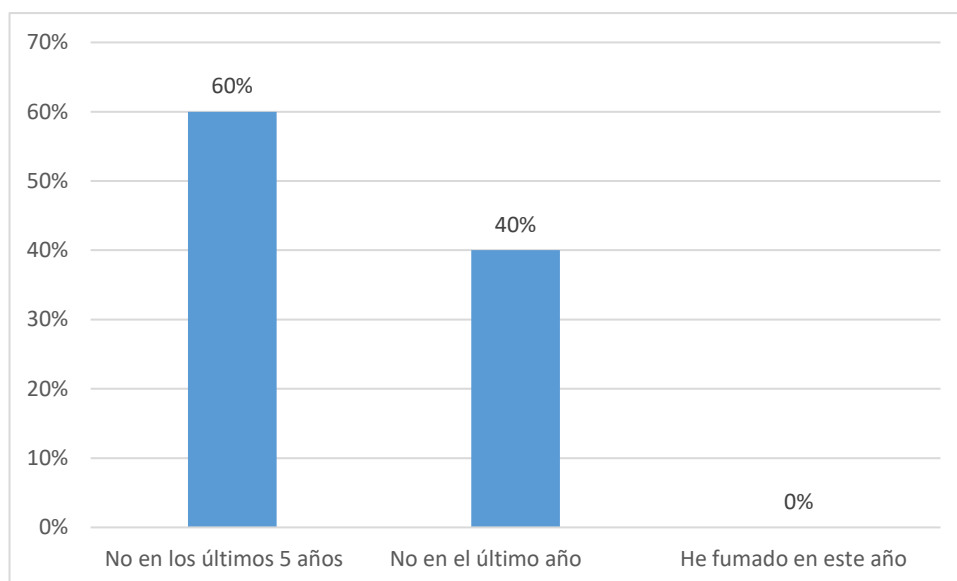


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Guía de observación directa

ANÁLISIS:

En el gráfico detallado se mencionan los cambios físicos y biológico del paciente, este es un proceso normal en la etapa de nuestras vidas y se hacen más notorias en la tercera edad, aquí se detallan la aparición de canas están presente en el 100%, problemas circulatorios están presente en el 88% la caída y escasez del cabello en un 80% están presente las alteraciones sensoroperspectivos, la visión y el oído están ausentes en un 38%.

GRÁFICO # 8: GENERALMENTE FUMA CIGARRILLO EL PACIENTE



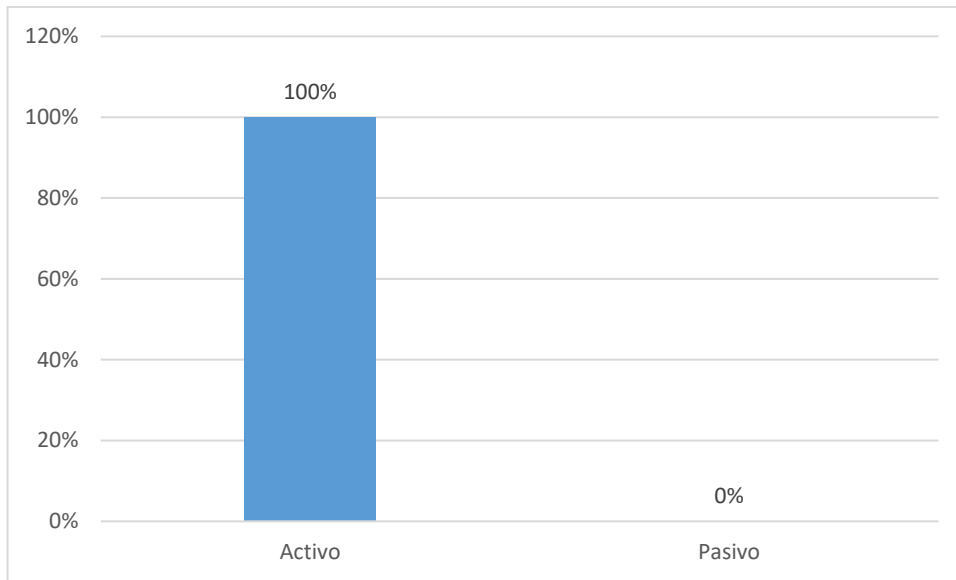
Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana

Fuente: Guía de observación directa

ANÁLISIS:

El consumo de tabaco es perjudicial en especial en las personas mayores ya que no solo limita su esperanza de vida, sino que además aumenta el riesgo de demencia y Alzheimer, además tiene un efecto devastador en el sistema respiratorio y es la principal causa de aparición de enfermedades como la EPOC. En las respuestas dado por nuestros pacientes el 60% no han fumado en los últimos 5 años.

GRÁFICO # 9: ESTADO FISICO DEL PACIENTE

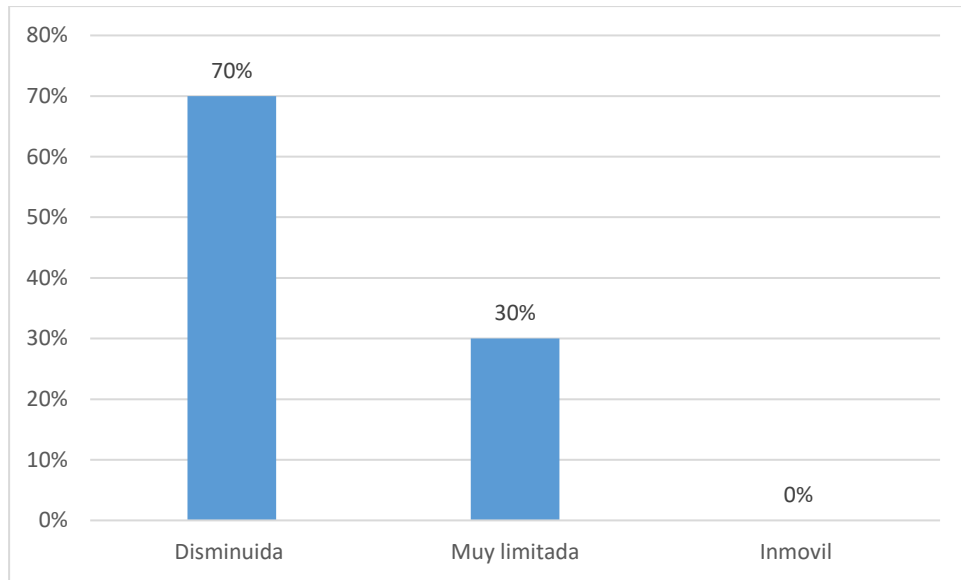


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Cuestionario de preguntas

ANÁLISIS:

El estado y la actividad física son indispensables para la salud de los adultos mayores, incluso para los que tienen condiciones crónicas estables, como enfermedad cardíaca, diabetes y artritis. El gráfico nos detalla quienes están más activos en cuantos a la actividad física y el 100% de los pacientes entrevistados su estado físico es activo, pero su movilidad es limitada y hacen ejercicios según la condición en la que estén.

**GRÁFICO # 10:
MOVILIDAD DEL PACIENTE**

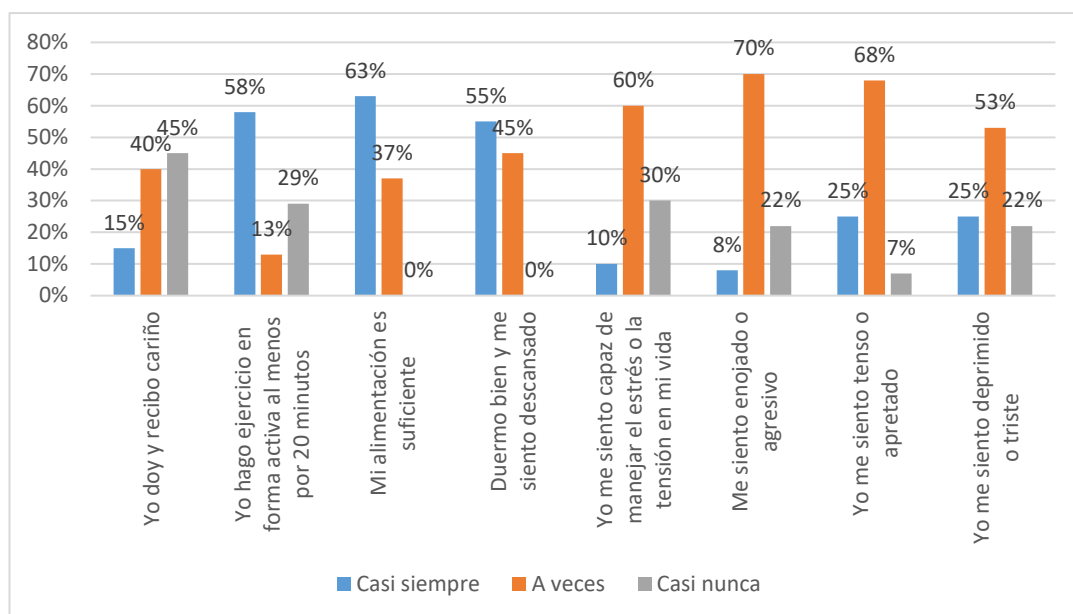


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Cuestionario de preguntas

ANÁLISIS:

La inmovilidad es un síndrome que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Obedece a diversas causas, que deben ser siempre estudiadas a fin de hallar factores corregibles, y asimismo debe ser tratada como un problema médico relevante en la atención del paciente mayor, el 70% de los pacientes encuestados tienen la movilidad disminuida.

**GRÁFICO # 11:
TEST FANTASTICO**



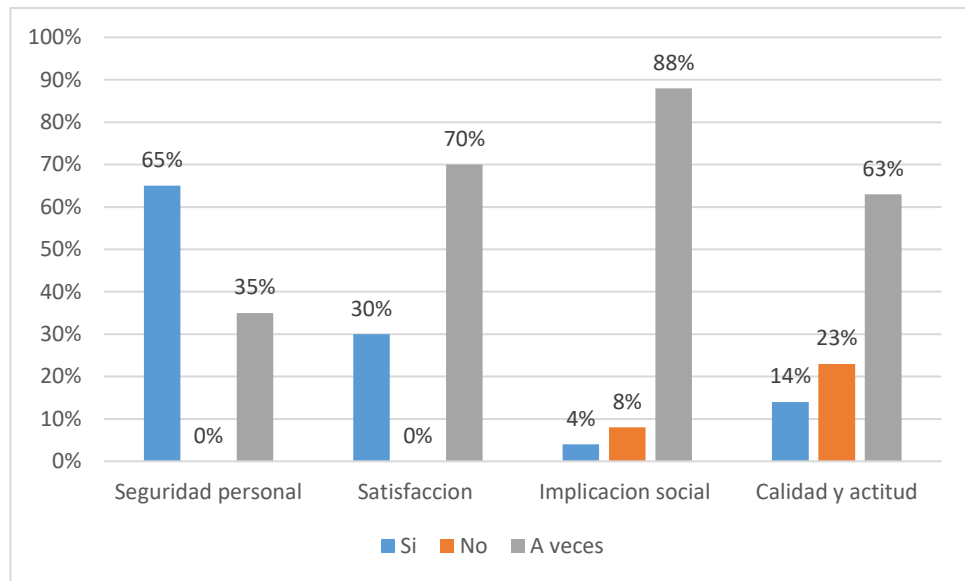
Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana

Fuente: Cuestionario de preguntas

ANÁLISIS:

El cuestionario «FANTÁSTICO» es un instrumento que tiene varias actividades a realizar para evaluar la calidad de vida y a la vez permite identificar y medir el estilo de vida de una población particular en este caso lo hemos utilizado para medir la calidad de vida de los adultos mayores según los resultados en su mayor porcentaje, el 70% muy pocas veces se sienten enojado o agresivo, el 68% muy pocas veces se sienten tensos, el 63% manifiesta que la alimentación es suficiente, el 60% a veces se sienten capaces de manejar el estrés y el 58% todavía realizan ejercicios al menos 20 minutos.

**GRÁFICO # 12:
DIMENSIONES DEL TEST FANTASTICO**

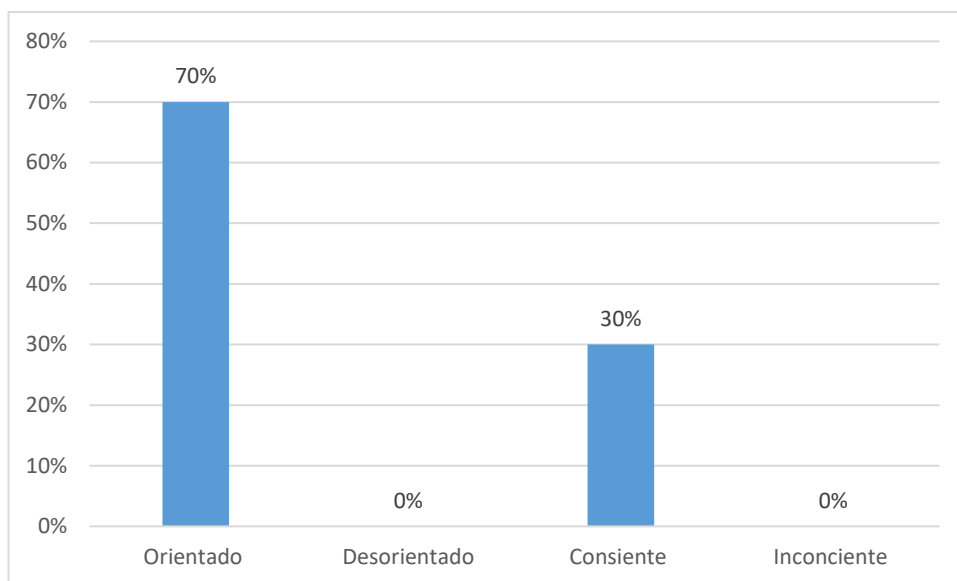


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Cuestionario de preguntas

ANÁLISIS:

El test fantástico tiene dimensiones que juntos con las actividades evaluarán la calidad de vida. El gráfico detalla los porcentajes de dichas dimensiones. Los resultados nos dan a conocer que a veces con el 88% tienen implicación social, a veces con el 70% tiene satisfacción, el 65% si tiene y se sienten con seguridad personal y a veces con el 63% tienen la calidad y actitud.

GRÁFICO # 13: ESTADO MENTAL DEL PACIENTE

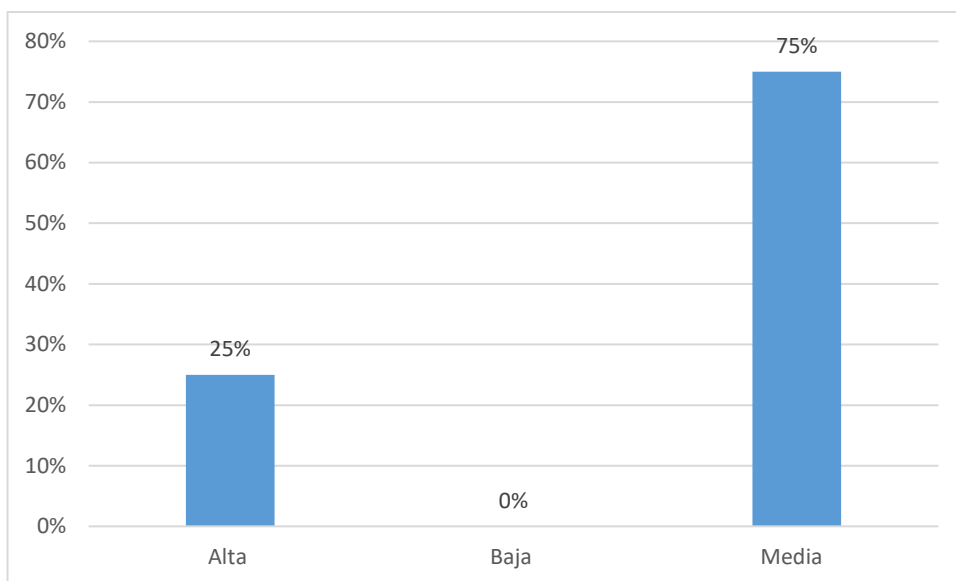


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Cuestionario de preguntas

ANÁLISIS:

La calidad de vida también es evaluada por la salud mental del paciente el gráfico detalla el nivel de actividad mental ya que muchas personas mayores eventualmente se adaptan a los cambios, pero algunas pueden tener más problemas para adaptarse. Esto puede ponerlos en riesgo de enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad. La tabla nos detalla y nos que el 70 % de los adultos entrevistados están orientados.

GRÁFICO # 14: AUTOESTIMA DEL PACIENTE

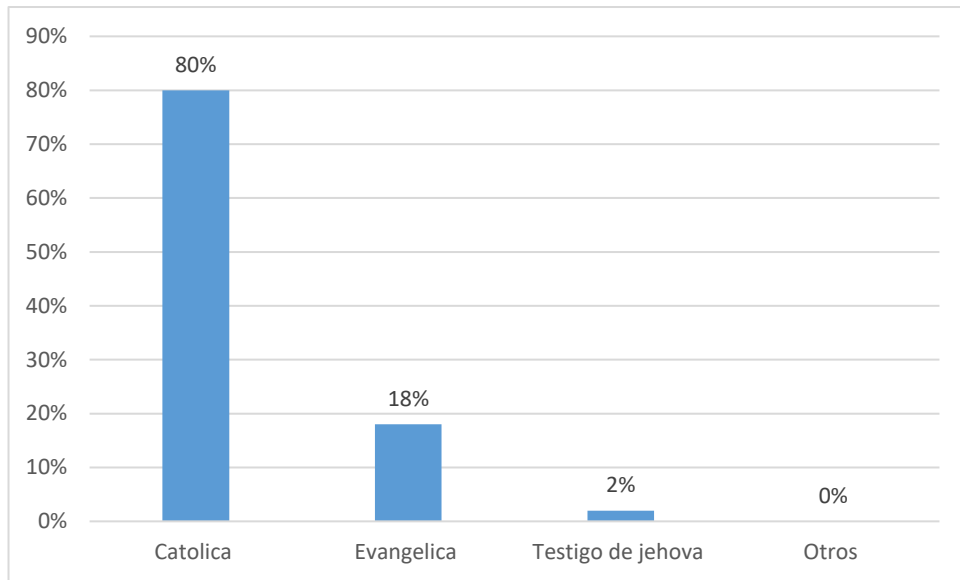


Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Cuestionario de preguntas

ANÁLISIS:

La autoestima en el adulto mayor puede ser alta o baja, negativa o positiva cuando la persona se reconoce como importante para sí y los demás, tiene deseos propios, los expresa y defiende; cuando enfrenta las crisis, los cambios y las pérdidas, cuando reflexiona o cuando busca apoyo e información, el gráfico detalla que el nivel de autoestima de los adultos mayores ingresados en el hospicio, según los resultados de nivel medio con el 75%.

**GRÁFICO # 15:
RELIGION DEL PACIENTE**



*Elaborado por: Acebo Cerón Leslie y Flores Cortez Silvana
Fuente: Cuestionario de preguntas*

ANÁLISIS:

La religión de los pacientes se ha retomado como aspectos importantes en la atención, no solo para la toma de decisiones, sino como elementos que influyen positiva o negativamente en la evolución clínica y en la calidad de vida de los enfermos. La religión que más prevalece en nuestros pacientes es la católica con un 80% y con menor porcentaje los testigos de Jehová con el 2%.

DISCUSIÓN

Un estudio realizado por Figueroa en el año 2017 donde nos habla sobre la calidad y auto dependencia del adulto mayor en la cual fueron estudiadas las variables: dependencia, autocuidado y calidad de vida. En la calificación de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la dimensión física, el 24% consideran que su salud es buena y el 56%, regular. Con igual similitud en nuestra investigación se trabajó con un cuestionario para valorar la calidad de vida a diferencia del estudio, nuestra investigación el 80% tienen independencia para realizar sus actividades de la vida diaria, en la dimensión física el 100% su estado físico es activo de acuerdo a su movilidad que el 70% es limitada (22).

Otro estudio descriptivo realizado por Flores en el 2018 donde evaluó la calidad de vida de los adultos mayores y la cual utilizó la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, donde los resultados fueron la edad de 70 años. El 52.5% fue del sexo masculino, el 62.6% practicaba la religión católica. La percepción sobre la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores y solo en 10.1% fue alta. Asimismo, en nuestra investigación se utilizó el cuestionario del test fantástico con igual similitud en sus preguntas. El promedio de edad fue de 65 a 85 años. El 52% fue del sexo masculino, el 80% practicaba la religión católica. La calidad de vida fue regular en el 65% fue buena. En la dimensión de salud física un 100% era activo, en la de salud psicológica el 80% estaba orientado (23).

Es un estudio realizado por Izquierdo en el 2017 donde aplicó el instrumento WHOQOL-BREF de la OMS que consta de 26 preguntas cada una con 4 categorías tipo Likert para evaluar la calidad de vida del adulto mayor. En el cual los resultados fueron: sexo femenino 66%; teniendo un rango de edad de 60 a 99 años. En la evaluación se observa la calidad de vida promedio para las cuatro dimensiones, el de medio ambiente con 74%, seguido de salud física con 63%, aspecto psicológico 62% y relaciones sociales 55%. Por otra parte, hallamos que sólo el 36% encuentra un significado en su vida ya sea religioso, espiritual o personal; el 38% de ellos encuentran satisfechos en la percepción de la satisfacción social. Con similitud en nuestra investigación, en cuanto a las preguntas realizadas más no los porcentajes podemos describir

que en su mayor porcentaje estuvo constituida por el sexo masculino 52%; la edad de 65 a 85 años. En la evaluación de las dimensiones física el estado físico es activo con el 100%, la movilidad es disminuida con el 70% la en la dimensión psicológica el estado mental es orientado con el 70% la autoestima es media con el 75%, en su mayor porcentaje practican la religión católica con el 80% en la dimensión social a veces ahí relación social con un 88% en las actividades de la vida diaria (24).

En un estudio realizado por Castillo, utilizando el test fantástico de la calidad de vida en Perú, entre los principales resultados de un estudio se encontró que solo 5 personas (3%) tuvieron un estilo de vida adecuado, mientras que 151 (97%) tuvieron un estilo de vida Inadecuado. La actividad física fue el estilo de vida saludable mayormente practicado por los encuestados: 49 personas (31.4%). El consumo de sal, grasas y comida chatarra fue el estilo de vida no saludable más prevalente: 22 personas (14.1%). Resultados son diferentes a los obtenidos en la presente investigación, ya que el 85% de los pacientes evaluados obtuvieron una calidad de vida buena (25).

CONCLUSIONES

Basándonos en muchas investigaciones y con los datos que se obtuvieron de los resultados de la observación indirecta y la encuesta que se le realizó a 40 pacientes adultos mayores que están ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús podemos concluir lo siguiente:

1. Dentro de las características sociodemográficas que tienen los pacientes adultos mayores del hospicio en su mayor porcentaje oscilan entre 65 a 68 años, en su mayoría son hombres, tienen una escolaridad primaria, son de etnia mestiza, el IMC están Normopeso, tienen procedencia urbana, entre sus cambios físicos y biológicos tienen ausente la falta de elasticidad, alteraciones sensor perspectivas, la visión y el oído, tienen presente los problemas circulatorios, la caída y escases del cabello y la aparición de canas en sus actividades de la vida diaria pueden bañarse vestirse, ir al baño, trasladarse y alimentarse por sí solos.
2. Para la determinación de la calidad de vida se utilizó el test fantástico, un cuestionario que evalúa la calidad de vida y se pudo constatar según las respuestas proporcionadas que la calidad de vida de los adultos mayores en el hospicio es buena en su mayor porcentaje.
3. En cuanto al estado actual de la salud de los adultos mayores con respecto a la dimensión física podemos describir que tienen buen estado físico, la movilidad es un poco disminuida, según las respuestas tienen seguridad personal. En la dimensión psicológica están satisfechos con el trato, están orientados en cuanto a su estado mental, la autoestima es medianamente alta, la mayoría son de religión católica, en cuanto a la dimensión social a veces tienen implicación social y calidad y actitud.

RECOMENDACIONES

1. Para el comité o directivos del hospicio sagrado corazón de Jesús deben de coordinar diferentes eventos con test relacionados a la calidad de vida del adulto mayor con el fin de que se conozcan con más exactitud las necesidades de estas personas, a pesar de que la calidad de vida es buena se puede mejorar y con esto su etapa de la vejez, que se sientan seres queridos ya que algunos de ellos al estar aquí sienten depresión al saber que no están cerca de sus seres queridos.
2. A la coordinadora o jefa de enfermeras realizar cronogramas de actividades físicas moderadas y reducidas acorde a la edad para estas personas a fin de obtener mayores beneficios para la salud y así se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.
3. Al personal de enfermería debe asumir y poner empatía a estos pacientes con responsabilidad y cariño a pesar de que se realizan juegos de ocio debería ser con más horas a la semana y tratar de coordinar y organizar para la distracción de los adultos mayores con el fin de que se sientan seres queridos ya que el envejecimiento en ciertas personas es complicado

REFERENCIAS

1. Robles A, Rubio B, De la Rosa E. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Revista el residente*. 2016; 11(3): p. 120-125.
2. Aleaga A, Recalde E. Análisis de la situación del adulto mayor en QuitoCaso: Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré. [Online].; 2017 [cited 2020 Noviembre 10. Available from: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6465/1/T2772-MGDE-Aleaga-Analisis.pdf>.
3. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. 2016; 33(2): p. 199-201.
4. Soria Z, Montoya B. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Rev Pap. poblac.* 2017; 23(93): p. 60-62.
5. El telegrafo. ¿Cómo garantizar la calidad de vida de los adultos mayores? [Online].; 2016 [cited 2020 Noviembre 10. Available from: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra/17/como-garantizar-la-calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores>.
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Online].; 2018 [cited 2020 Noviembre 18. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
7. Gutierrez A, Orozco J, Rozo W. Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de tenjo y cajica. [Online].; 2017 [cited 2020 Noviembre 10. Available from: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/774/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>.
8. Rubio D, Rivera L, Borges L. Calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Científico-Metodológica*. 2015; 61(3): p. 1-7.
9. Arévalo D, Game C, Padilla C. Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Rev. Inf. tecnol.* 2019; 30(5): p. 271-282.
10. Martínez T, González C, Castellón G. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Rev. Finlay*. 2018; 8(1): p. 58-59.
11. Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. *Rev Ajayu*. 2015; 13(2): p. 152-182.

12. Peña E, Bernal L, Avila L. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Rev. Univ. Salud.* 2019; 21(2): p. 113-118.
13. Garcia F. Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegacion del municipio de toluca. [Online].; 2015 [cited 2020 Noviembre 10. Available from: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequence=1>.
14. Primicias. Ecuador tendrá 1,3 millones de adultos mayores a finales de 2020. [Online].; 2020 [cited 2020 Noviembre 10. Available from: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/ecuador-adultos-mayores-poblacion/>.
15. Silva F, Lopez O, Cardenas M. Factores de riesgos modificables y dimensiones de calidad de vida en pacientes diabéticos. *Revista multidisciplinaria de investigacion cientifica.* 2019; 3(24): p. 14-19.
16. Alpert W. Manual MSD version para publico general. [Online].; 2019 [cited 2021 Mayo 30. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/cambios-corporales-relacionados-con-el-envejecimiento>.
17. Ruperti E, Solis C, Espinoza E. Autoestima como indicador de calidad de vida del adulto mayor. *Revista Científica Multidisciplinaria.* 2020; 6(3): p. 175-179.
18. Ramírez R, Agredo R. Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Rev. salud pública.* 2016; 14(2): p. 226-237.
19. Villar M, Ballinas Y, Gutiérrez C. Analisis de la confiabilidad del test fantastico para medir los estilos de vida saludables. *REVISTA PERUANA DE MEDICINA INTEGRATIVA.* 2016; 1(2): p. 17-26.
20. D'alessio V. Regla de sturge. [Online]. [cited 2020 Noviembre 18. Available from: <https://www.lifeder.com/regla-sturges/>.
21. Constitucion de la Republica del Ecuador. [Online].; 2018 [cited 2020 Enero 18. Available from: <http://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>.
22. Figueroa M, Gallegos R, Xequé A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Rev. de enfermeria universitaria.* 2016; 13(3): p. 52-54.

23. Flores I, Castillo Y, Ponce D. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2018; 83(8): p. 21-26.
24. Izquierdo E, Nequiz J, Munguia A. Percepcion de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clinica Universitaria. *Rev. Enf. Neurolo.* 2017; 16(3): p. 78-80.
25. Castillo L. Estilos de vida de los pacientes del hospital de Ventanilla Callao. [Online].; 2018 [cited 2021 Agosto 20. Available from: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4377/castillo_fla.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

ANEXOS



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física



Certificado No EC SG 2018002043

Tel: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 07 de enero del 2020

Señoritas

Acebo Cerón, Leslie Katherin

Flores Cortez, Silvana Del Pilar

Estudiantes

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez comunico a ustedes que el tema presentado: **"Evaluación de la Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años de edad ingresados en el auspicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020"** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Olga Muñoz Roca.

Me despido deseándole éxito en su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Ángela Mendoza Vices

Directora de la Carrera de Enfermería

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cc: Archivo

Activar Windows
Ir a Configuración de PC par

Guayaquil, 03 de marzo del 2021

Econ. Susana Morán Reyes
Administradora General
Sagrado Corazón de Jesús

Yo Acebo Cerón Leslie Katherin, con CI. 0958576878, Flores Cortez Silvana del Pilar, con CI 1003987441, estudiante de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, de la carrera Enfermería solicito ante Ud. me conceda el permiso para realizar mi trabajo de titulación Evaluación de la calidad de vida en el adulto mayor entre 65 y 85 años de edad ingresados al auspicio Sagrado Corazón de Jesús de la junta de Beneficencia de Guayaquil año 2020

Toda la información obtenida será con fines de mi trabajo de titulación y será almacenada con absoluta confidencialidad.

Me comprometo a entregar un ejemplar del trabajo de investigación final, impreso y en CD, luego de haber sido presentado y calificado por la Universidad.

Saludos cordiales

Firma: KATHERIN ACEBO CERÓN

Nombre: Leslie Katherin Acebo Cerón

CI: 0958576878

Email: kataacebo1b@gmail.com

Teléfono: 0986366095

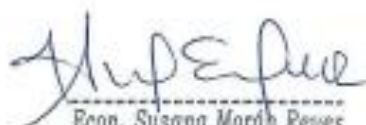
Firma: SILVANA FLORES CORTEZ

Nombre: Silvana Flores Cortez

CI: 1003987441

Email: silvanaflores475@gmail.com

Teléfono: 0989956141




Econ. Susana Morán Reyes
ADMINISTRADORA
Junta de Beneficencia de Guayaquil
Hogar del Corazón de Jesús

Aceptado.



¿COMO ES TU ESTILO DE VIDA?

Contesta este cuestionario, recordando como ha sido tu vida este último mes. Luego, suma los puntos y anótalos al final de cada columna.

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O	
<p>Familia y Amigos</p>	<p>Asociatividad. Actividad Física</p>	<p>Nutrición</p>	<p>Tabaco</p>	<p>Alcohol. Otras Drogas</p>	<p>Sueño. Estrés</p>	<p>Trabajo. Tipo de Personalidad</p>	<p>Introspección</p>	<p>Control de Salud. Conducta Sexual</p>	<p>Otras conductas</p>	
<p>Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Soy integrante activo(a) de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres, adultos mayores, vecinales y otros). Yo participo:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Como 2 porciones de verduras y 3 frutas:</p> <p>2 Todas las días 1 Algunas veces 0 Casi nunca</p>	<p>Yo fumo cigarrillos</p> <p>2 No, los últimos Saños 1 No, del último año 0 Si, estoy en</p>	<p>Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino, copita trago fuerte) por semana es de:</p> <p>2 0 a 7 tragos 1 8 a 12 tragos 0 Más de 12 tragos</p>	<p>Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base:</p> <p>2 Nunca 1 Ocasionalmente 0 A menudo</p>	<p>Duermo bien y me siento descansado/a:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Parece que ando acelerado/a:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>	<p>Yo soy un persona positivo u optimista:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Me realizo controles de salud en forma periódica</p> <p>2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso(a) de las ordenanzas del tránsito.</p> <p>2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>
										
<p>Yo doy y recibo cariño:</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa, jardinear) o deporte durante 30 min. cada vez:</p> <p>2 3 o más veces por semana 1 1 vez a semana 0 No hago nada</p>	<p>Ninguna de éstas 1 Algunas de éstas 0 Todas éstas</p> <p>Estoy pasado(a) en mi peso ideal en:</p> <p>2 0 a 4 kilos de menos 1 5 a 8 kilos de menos 0 Más de 8 kilos</p>	<p>Generalmente fumo ___ cigarrillos por día:</p> <p>2 Ninguno 1 de 0 a 10 0 Más de 10</p>	<p>Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión:</p> <p>2 Nunca 1 Ocasionalmente 0 A menudo</p>	<p>Uso excesivamente los remedios que me indican a los que puedo comprar sin receta:</p> <p>2 Nunca 1 Ocasionalmente 0 A menudo</p>	<p>Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Me siento enojado/a o agresivo/a:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>	<p>Me siento tenso/a o apretado/a:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>	<p>Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad</p> <p>2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Uso cinturón de seguridad</p> <p>2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>
										
<p>Yo camino al menos 30 minutos diariamente.</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Manejo el auto después de beber alcohol:</p> <p>2 Nunca 1 Sobrarevez 0 A menudo</p>	<p>Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína:</p> <p>2 Menos de 3 al día 1 De 3 a 6 al día 0 Más de 6 al día</p>	<p>Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Yo me siento contento(a) con mi trabajo o mis actividades</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Me siento deprimido/a o triste:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>	<p>En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja</p> <p>2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca</p>	<p>Me siento deprimido/a o triste:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>	<p>Me siento deprimido/a o triste:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>	<p>Me siento deprimido/a o triste:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>	<p>Me siento deprimido/a o triste:</p> <p>2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo</p>
<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el auspicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020.

OBJETIVO: Recolectar datos de los pacientes mediante el test fantástico

INTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:

- Explique al encuestado sobre el estudio de la investigación
- Proporcionar el formulario de preguntas al encuestado
- Permanezca junto al encuestado para orientarlo acerca de las preguntas.

INTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO:

- Es un cuestionario de 7 preguntas, no requiere escribir sus datos personales
- Escriba con una X en los casilleros en azul la respuesta que considere conveniente entre las alternativas descritas
- Agradecemos por su participación.

Características sociodemográficas

1. Edad a) 65 a 68 años () b) 69 a 72 años () c) 73 a 76 años () d) 77 a 80 años () e) 81 a 85 años ()	2. Sexo a) Hombre () b) Mujer ()
3. Nivel de instrucción a) Primaria () b) Secundaria () c) Universitario ()	4. Raza a) Blanco () b) Mestizo () c) Afro ecuatoriano ()
5. IMC a) Bajo Peso: <18.5 () b) Normopeso: 18.5-24.9 () c) Sobrepeso: 25-29.9 () d) Obesidad grado 1: 30-34.9 () e) Obesidad grado 2: 35-39.9 () f) Obesidad grado 3: ≥ 40 ()	6. Procedencia a) Urbana () b) Rural ()
7. Cambios físicos y biológicos Falta de elasticidad: presente () ausente () Alteraciones sensor perspectiva: presente () ausente () Visión y el oído: presente () ausente () Cambios de la piel: presente () ausente () Problemas circulatorios: presente () ausente () Caída y escases del cabello: presente () ausente () Aparición de canas: presente () ausente ()	

Pregunta del cuestionario fantástico	Casi Siempre (2)	A veces (1)	Casi nunca (0)
1.- Yo doy y recibo cariño			
2.- Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos			
3.- Mi alimentación es suficiente			
4.-Duermo bien y me siento descansado			
5.-Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida			
6.- Me siento enojado o agresivo			
7.-Yo me siento tenso o apretado			
8.-Yo me siento deprimido o triste			
TOTAL			

HABITOS Y ACTIVIDADES DEL ADULTO MAYOR

1.- Generalmente fumo cigarrillo por días Ninguno (2) 0 a 10 (1) Más de 10 (0)	2.- Yo fumo cigarrillo No en los últimos 5 años (2) No en el último año (1) He fumado en este año (0)
--	---

DIMENSIONES DE LA PRUEBA FANTÁSTICO

ACTIVIDADES A OBSEVAR		INDICADORES	
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	Dimensión física	Estado físico	Activo <input type="checkbox"/> Pasivo <input type="checkbox"/>
		Movilidad	Disminuida <input type="checkbox"/> Muy limitada <input type="checkbox"/> Inmovil <input type="checkbox"/> Rapida <input type="checkbox"/>
		Seguridad personal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>
	Dimensión psicológica	Satisfacción	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>
		Estado mental	Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Consiente <input type="checkbox"/> Inconciente <input type="checkbox"/>
		Autoestima	Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/>
		Religión	Catolica <input type="checkbox"/> Evangelica <input type="checkbox"/> Testigo de jehova <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
	Dimensión social	Implicación social	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>
		Calidad y actitud	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>



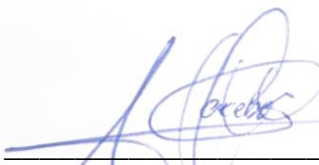
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Acebo Cerón Leslie Katherin, con C.C: # 0958576878, autora del trabajo de titulación: **Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020**, previo a la obtención del título de **licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021

f. 

Acebo Cerón, Leslie Katherin
CC: 0958576878



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Flores Cortez Silvana Del Pilar, con C.C: # 1003987441, autora del trabajo de titulación: **Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020**, previo a la obtención del título de **licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021

f. SILVANA FLORES C.

Flores Cortez, Silvana Del Pilar
CC: 1003987441



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio sagrado corazón de Jesús de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, año 2020.		
AUTOR(ES)	Acebo Cerón, Leslie Katherin Flores Cortez, Silvana Del Pilar		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Muñoz Roca, Olga Argentina., MGs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de agosto del 2021	No. DE PÁGINAS:	pág. 71
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Publica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Palabras clave: adulto mayor, evaluación, calidad de vida, objeto psicológico, aspectos físicos.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La calidad de vida en el adulto mayor radica en su capacidad de adaptación de cambios de aspectos físicos y mentales. Objetivo: determinar la calidad de vida en el adulto mayor entre 65 a 85 años ingresados en el hospicio Sagrado Corazón de Jesús de Guayaquil, tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal, cuantitativa población: 40 adultos mayores. Instrumentos: (test de calidad de vida “Fantástico”) al que se agregó los datos socio demográfico Resultados: con respecto a los datos sociodemográficos el 35% están entre 65 a 68 años, el 52% hombres, el 47% tienen instrucción primaria, el 55% son de raza mestiza, IMC 68% está con normopeso, el 73% son de procedencia urbana. Para describir el estado actual de salud de los adultos mayores se utilizaron las dimensiones de la calidad de vida, dimensión física 100% es activo de acuerdo al estado en que estén, la movilidad el 70% es disminuida. En la dimensión psicológica el 70% está orientado, el 80 % católicos, en cuanto a la dimensión social 88% tienen implicación social y 63% calidad y actitud. Para determinar la satisfacción de la calidad de vida del adulto mayor se utilizó test fantástico, según respuestas proporcionadas un 85% la calidad de vida es buena. Conclusión: la calidad de vida en este hospicio es buena, pero podría ser mejor y para esto se necesita la intervención de todo el personal, para que así puedan envejecer de una mejor manera en paz, con serenidad y sobre todo con dignidad.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-986366095 +593-989956141	E-mail: kataacebo1b@gmail.com silvanaflores475@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, MGs		
	Teléfono: +593-4- 0993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			