



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad  
del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el  
modelo de atención integral de salud**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Doctora en Ciencias de la  
Salud

**AUTOR**

Betty Narcisa MAZACÓN ROCA

**ASESOR**

Sergio Gerardo RONCEROS MEDRANO

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Mazacón B. Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.

---

752



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIDAD DE POSGRADO**  
**SECCIÓN DOCTORAL**



12(e)  
84

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR**

En la ciudad de Lima, a los veinticinco días, del mes de mayo del año dos mil diecisiete, siendo las 11:00 a.m., ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia de la **Dra. MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA**, y los Miembros del mismo, los Doctores:

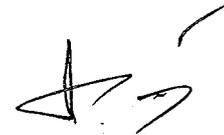
<b>Dra. MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA</b>	<b>PRESIDENTE</b>
<b>Dra. ÁNGELA ROCÍO CORNEJO VALDIVIA</b>	<b>MIEMBRO</b>
<b>Dr. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO</b>	<b>MIEMBRO</b>
<b>Dra. RUDI AMALIA LOLI PONCE</b>	<b>MIEMBRO</b>
<b>Dr. SERGIO GERARDO RONCEROS MEDRANO</b>	<b>ASESOR</b>

La postulante al Grado de Doctor en **Ciencias de la Salud** es Magíster en Docencia y Currículo, Doña **BETTHY NARCISA MAZACÓN ROCA**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: **"CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN UNA COMUNIDAD DEL CANTON VENTANAS-LOS RÍOS INTERVENIDA CON EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD"**, para optar el Grado Académico de Doctor.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación **B – Muy Bueno 18**, a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina proponga que se le otorgue a la Magister **BETTHY NARCISA MAZACÓN ROCA**, el Grado Académico de **Doctor en Ciencias de la Salud**.

Se expide la presente Acta en tres originales y siendo las 11:50 a.m horas se da por concluido el acto académico de sustentación.

  
**Dra. ÁNGELA ROCÍO CORNEJO VALDIVIA**  
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

  
**Dr. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO**  
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

  
**Dra. RUDI AMALIA LOLI PONCE**  
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

  
**Dr. SERGIO GERARDO RONCEROS MEDRANO**  
ASESOR DE LA TESIS DE SUSTENTACIÓN

  
**Dra. MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA**  
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dedico este trabajo investigativo a mi esposo Franklin Washington y a mis hijas Teresa Annelice y Johanna Rosaly, porque con su presencia me motivaron día a día a continuar con este reto académico, ya que con la discapacidad visual que padezco necesite de su apoyo permanente para concluir con esta etapa tan importante en mi vida profesional.

Betty Mazacón Roca

Agradezco a Dios mi Señor y proveedor, que le ha dado a mis ojos la luz que necesitaban para culminar esta meta en mi vida, al Dr. Gerardo Ronceros Medrano, asesor de tesis, que supo ser el amigo y conductor para la culminación de este trabajo, al Profesor Willy Ramos Muñoz por haberse convertido en mi maestro guía para la obtención de resultados satisfactorios al final de este trabajo investigativo, a todos mis maestros y a cada uno de mis compañeros de aula.

Betty Mazacón Roca

## ÍNDICE

PAGINA DE ACEPTACIÓN O VEREDICTO DE LA TESIS POR MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR	II
LISTA DE CUADROS	VII
LISTA DE FIGURAS	VIII
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES	IX
ABSTRACT	XII
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 Situación problemática	2
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación teórica	5
1.4 Justificación práctica de la investigación	6
1.5 Objetivos	7
1.5.1 Objetivo general	8
1.5.2 Objetivos específicos	8
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Marco Filosófico o epistemológico de la investigación	9
2.2 Antecedentes de investigación	12
2.3 Bases teóricas	15
CAPITULO 3. METODOLOGÍA	22
3.1. Tipo y diseño de investigación	22
3.2. Descripción del área de estudio	22
Definición de la población	24
Muestra:	25
Unidad de análisis	25
3.4. Plan de recolección e instrumento de recolección de datos	25
Autorización	25
Área de Estudio	25
Capacitación de los participantes en la investigación	25

Recursos	26
Supervisión y Coordinación	27
Proceso de recolección de datos	26
Tiempo	28
Prueba piloto	28
3.5. Plan de tabulación y análisis	28
3.6. Aspectos éticos de la investigación	30
CAPITULO 4. RESULTADOS Y DISCUSION	32
4.1 Análisis, interpretación y discusión de resultados	32
4.2 Pruebas de hipótesis	32
4.3 Presentación de los resultados	34
CAPITULO 5. IMPACTOS	47
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	55
Anexo 1. Cuestionario SF-36	55
Anexo 2. Libro de códigos	58
Anexo 3. Formulario de consentimiento informado	60
Anexo 4. Propuesta para la solución del problema	62
Anexo 5. Matriz de consistencia	85

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadro</b>	<b>Título</b>	<b>Pág</b>
1	Población por circuitos del distrito 12D04	24
2	Criterios de inclusión y exclusión	24
3	Variables del estudio	29
4	Hipótesis estadísticas del estudio.	32
5	Características sociodemográficas de los adultos mayores de la comunidad Zapotal Nuevo del Cantón Ventanas.	35
6	Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad de Zapotal Nuevo del Cantón Ventanas	36
7	Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad de Zapotal Nuevo del Cantón Ventanas	37
8	Media y desviación estándar de los puntajes obtenidos en la escala transformada del cuestionario SF-36 para las ocho dimensiones de la calidad de vida	38
9	Comparación estadística de los puntajes obtenidos en la escala transformada del cuestionario SF-36 para las ocho dimensiones de la calidad de vida según sexo.	38
10	Comparación estadística de los puntajes obtenidos en la escala transformada del cuestionario SF-36 para la dimensión vitalidad según la persona con la que vive el adulto mayor	39
11	Comparación estadística de los puntajes obtenidos en la escala transformada del cuestionario SF-36 para la dimensiones dolor físico y salud mental según ocupación del adulto mayor	40
12	Comparación de medias de puntajes según dimensiones de calidad de vida en adultos mayores intervenidos y no intervenidos por el modelo de atención integral en la comunidad de Zapotal Nuevo.	41

**LISTA DE FIGURAS**

Figura	Título	Pág.
1	Diagrama de cajas de la edad de los Adultos Mayores distribuida según el sexo, comunidad Zapotal Nuevo del cantón Ventanas.	34

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

**Objetivo:** Determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos, Ecuador) intervenidos y no intervenidos con el modelo de atención integral en salud. **Diseño:** El enfoque es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. **Lugar:** Zapotal nuevo parroquia rural del cantón Ventanas, provincia de Los Ríos, Ecuador. **Participantes:** Participaron un total de 297 adultos mayores. **Métodos:** Estudio transversal. Se realizó una visita domiciliaria a la vivienda de los adultos mayores en la que se aplicó la encuesta sociodemográfica que permitió obtener datos de la edad, sexo, procedencia, antecedentes de importancia y si recibió la intervención del modelo de atención integral de salud. También se aplicó la versión en español del cuestionario SF-36 el cual tuvo como objetivo medir la calidad de vida en salud de forma global así como en las dimensiones función física, desempeño físico, dolor físico, salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional y salud mental. **Resultados:** La mayor puntuación promedio en el cuestionario SF-36 la obtuvieron las dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6). No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los intervenidos y los no intervenidos por el modelo de atención integral de salud, observándose que el puntaje promedio en el cuestionario SF-36 en los intervenidos fue de  $92,3 \pm 10,7$  en comparación con los no intervenidos que tuvieron como puntaje promedio  $93,0 \pm 10,5$  (Prueba t de Student;  $p=0,554$ ). Al evaluarse el puntaje obtenido según dimensiones

de calidad de vida se encontró que los intervenidos por el modelo de atención integral tuvieron puntaje significativamente mayor a los no intervenidos en la dimensión salud mental (Prueba t de Student;  $p=0,022$ ). No existió diferencia en las medias de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos en las 7 dimensiones restantes. **Conclusiones:** Se concluye que los adultos mayores que recibieron el beneficio mantienen la calidad de vida casi igual en relación a los no intervenidos en las áreas físico psíquico y social. Esto nos evidencia que las intervenciones ejecutadas en la población objeto de investigación no han tenido un efecto significativo, por diversos factores a determinar en otro estudio a desarrollarse que será cualitativo y cuantitativo.

**Palabras clave:** Calidad de vida, envejecimiento, Adulto Mayor, percepción, modelo de atención integral.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the quality of life in older adults Ventanas Canton (Province of Los Rios, Ecuador) intervened and non-intervened with the model of comprehensive health care. **Design:** The approach is quantitative, descriptive cross-sectional. **Location:** Zapotal new rural parish of Canton Ventanas, Los Rios province, Ecuador. **Participants:** Older Adults. **Methods:** Cross-sectional study. a home visit to the home of the elderly in which the socio-demographic survey yielded data on age, sex, origin, history of importance and if received the intervention model of comprehensive health care was applied was made. the Spanish version of the SF-36 which aimed to measure the quality of life in health globally and in the dimensions physical function, physical performance, physical pain, general health, vitality, social function, performance was also applied emotional and Mental health. **Results:** A total of 297 older adults. It was found that the highest average score the obtained dimensions of quality of life emotional performance (76.0), physical performance (64.3) and general health (58.5); while the lowest scores were obtained in the mental health (38.8), social function (46.5), physical function (48.5), vitality (49.0) and physical pain dimensions (49.6) . It was shown that intervened groups experience the same quality of life than non-operated, independent of socio economic factors that experience each, had a significantly higher score, noting that the average score was  $92.3 \pm 10.7$  intervened compared with unlogged who had averaged  $93.0 \pm 10.5$  score (Student's t test;  $p = 0.554$ ). When the score obtained with the SF-36 questionnaire assessed on dimensions of quality of life was found that the elderly operated

by the comprehensive care model had significantly higher scores to unlogged health dimension of mind (Student's t test;  $p = 0.022$ ). There was no difference in mean intervened elderly and not intervened in the remaining 7 dimensions.

**Conclusions:** We conclude that older adults who received the benefit quality of life remain almost the same in relation to non-intervened in the physical mental and social areas. This shows us that interventions executed in the population under investigation have not had a significant effect, by various factors to determine in another study that will develop qualitative and quantitative.

.

**Key words:** Quality of life, aging, older adults, perception, attention care model.

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN UNA COMUNIDAD DEL  
CANTON VENTANAS-LOS RIOS INTERVENIDA CON EL MODELO DE  
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

## **CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Situación problemática**

La población de Adultos Mayores en el mundo ha crecido de una manera representativa y acelerada, relacionada a factores positivos como la inversión que se hace para la prevención de enfermedades infecciosas, a las cuales esta población está expuesta por el estado de vulnerabilidad a causa de la edad ([millenniumassessment.org/documents/MA-Health-Spanish.pdf](http://millenniumassessment.org/documents/MA-Health-Spanish.pdf)).

Existen elementos que direccionan al cuidado del entorno y la higiene de las personas, evitando de esta forma el deterioro de la salud, otro de los factores positivos para el aumento de los porcentajes de este grupo etario es la introducción de la planificación familiar a nivel mundial, lo que ha hecho que las familias sean cortas y disminuya la población infantil. La nutrición y la protección social están también considerados dentro de los factores que determinan la mejor calidad de vida para los Adultos Mayores.

Los Adultos Mayores realizan actividades encaminadas a satisfacer sus necesidades básicas como (comer, bañarse, vestirse, etcétera) que hace que se mantengan con su estado vital por lo menos con sus requerimientos aceptables para desenvolverse diariamente; otros añaden actividades en el tiempo libre de acuerdo a la movilidad que experimenten, capacidad económica y la capacidad de motivación de las familias que les permite complementar y mejorar sus estilos de vida (Acosta 2009, p. 1).

Cada actividad seleccionada y realizada por los Adultos Mayores hace la diferencia entre la vida con movilidad y la vida con inmovilidad, y darán la pauta para determinar la calidad de vida de esta población. Pero estas actividades seleccionadas también son afectadas por factores como los entornos externos e internos, como los procesos fisiológicos propios de la edad y que determinan la participación o no en ciertas actividades clasificadas como básicas, que permiten la movilidad de las personas, actividades que

fortalecen los aspectos culturales, laborales, ocio y actividades comunitarias (Acosta s/f, p. 1).

El envejecimiento se considera un proceso normal, que ocurre en todos los seres vivos, iniciando su proceso en el momento de nacer, y se ven sus resultados en los últimos años de vida con episodios y complicaciones distintos de una persona a otra y de una especie a otra, los mismos órganos no envejecen uniformemente y depende de la satisfacción de las necesidades de los individuos que impacta en la calidad de vida (Dialnet, s/f).

Según el censo poblacional del año 2010 ejecutada por el Instituto nacional de estadística y censos (INEC), “la república del Ecuador tiene 14,2 millones de habitantes, de esos el 50,1% son hombres y el 49,9% mujeres, el 66% de la población total del país reside en la zona urbana y 33% vive en las cinco ciudades más importantes del país”.

El crecimiento poblacional ha cambiado su tendencia debido a factores como la reducción de la tasa bruta de natalidad de 32,4 a 11,4 nacimientos por 1000 habitantes entre 1981 y 2010, la migración hacia Europa y Estados Unidos, y la disminución de la tasa de mortalidad de 6,7 muertes por 1000 habitantes en 1981 a 4,3 en 2008 (Instituto nacional de estadística y censos (INEC), Ecuador 2010).

El comportamiento del crecimiento poblacional por grupos etarios según el censo, presenta las características de los países en desarrollo, durante la década del 2000 existe un porcentaje bajo de niños y jóvenes, con aumento de la población envejecida. Entre 1990 y 2009 aumentó la población de 15 a 64 años (de 56,9 a 63,1% de la población total) y de 65 años y más (de 4,3 a 6,2%), en detrimento de la población de entre 0 y 14 años de edad (de 38,8 a 30,7%) (Lucio, 2011, p. 1) .

En la provincia de Los Ríos el 5.9% de la población tiene una edad mayor a 65 años, por lo que considerando la población del cantón Ventanas que es de 86.411 habitantes, se estima que 3.926 personas aproximadamente se

encasillan en ese rango de edad, de estos 3.926 Adultos Mayores el 52% corresponden al sexo femenino y el 48% a sexo masculino, el 11% viven solos, el 42% no trabajan y el 28% se sienten solos (“Los Ríos los ríos.pdf”, s/f, p. 1).

En la república del Ecuador se aplica desde el año 2010 un nuevo modelo de gestión para la atención integral en salud del Adulto Mayor (MAIS), el modelo promueve conservar, recuperar la salud por medio de la funcionalidad física y la autonomía mental y que esté preparado para que enfrente los cambios, con un alto porcentaje de adaptación y estabilidad personal y familiar. Su objetivo principal es atender a las personas adultas mayores con un proceso asistencial continuo y progresivo, con el fin de contribuir a alargar los años de independencia y autonomía y mejorar su calidad de vida (Modelo de gestión para la atención integral en salud del Adulto Mayor (MAIS)).

En la actualidad se considera que algunos de estos componentes de la atención integral se están quedando relegados, lo que producirá mala calidad de atención a este grupo de personas vulnerables, aumentando la morbilidad y mortalidad de los Adultos Mayores que acuden a las consultas externas de las instituciones de salud, y el porcentaje mayoritario que no acuden se encuentran marginados de estos beneficios.

Hipotéticamente se menciona por parte de los involucrados que hay falta de compromiso por parte de la gestión administrativa a nivel distrital que son quienes deberían evaluar el proceso conjuntamente con los involucrados, se menciona la falta de aplicabilidad de las políticas públicas, incumplimiento, falta de humanismo, y mencionan condicionantes como factores sociales, económicos, ambientales y políticos.

Es importante investigar sobre la calidad de vida de cada uno de los Adultos Mayores que han sido intervenidos con el modelo de atención integral de salud (MAIS) por parte de los funcionarios responsables de cada uno de los componentes.

La calidad de vida del Adulto Mayor que va a ser una variable principal en este estudio, está siendo afectada por factores externos vinculados a los servicios de salud que se ofertan en la ciudad, entre estos factores están la falta de conocimiento por parte de los familiares, poco interés de parte de las autoridades, pocos recursos humanos y económicos de parte de las instituciones de salud, etcétera, están siendo relegados pues son considerados como una carga y no como un referente de experiencia y sabiduría.

Es necesario investigar este problema porque eso permitiría evidenciar los cambios producidos por la aplicabilidad del modelo de atención vigente en la atención del Adulto Mayor del cantón Ventanas y específicamente de la localidad de Zapotal nuevo escogida para el estudio, y de esta manera poder tomar medidas correctivas para mejorar los estilos de vida de este grupo de personas no solo de la localidad sino de todo el cantón Ventanas, ya que los problemas de salud por la característica poblacional son similares.

No existe hasta la actualidad estudios similares, el modelo de atención integral del Adulto Mayor en esta localidad del cantón Ventanas se implementó en el año 2010 y se considera que ya es tiempo de conocer cuál es la calidad de vida de los Adultos Mayores intervenidos como de los no intervenidos por el modelo.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Tienen los Adultos Mayores intervenidos por el modelo de atención integral de salud mayor calidad de vida que los no intervenidos?

## **1.3 Justificación teórica**

De acuerdo a lo que establece la constitución de la República del Ecuador en la sección primera artículo 36 sobre los Adultos Mayores dice: “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 Adultas Mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad”.

El artículo 37 dice “El estado garantizará a las personas Adultas Mayores los siguientes derechos: La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas, el trabajo remunerado en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones, la jubilación universal, rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos, el acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento” (Constitución de la República del Ecuador 20081.pdf”, s/f, p. art 36 y 37).

En el reglamento general de la ley del Adulto Mayor se incluyen tres componentes; “Protección social básica, protección especial y participación social”, se debería insertar un componente geriátrico, orientado a la investigación del envejecimiento. El problema de los escasos servicios que se presta en atención a los ciudadanos de la tercera edad es nacional, se observa con mayor profundidad en las grandes ciudades del país, no deja de ser un problema que también afecta a las pequeñas ciudades del Ecuador como es el cantón Ventanas en la provincia de Los Ríos (Agendas Adultos.pdf, s/f).

Este fragmento de la población que es el más vulnerable, requieren pronta atención, y para poder atenderlos es necesario determinar la calidad de vida del Adulto Mayor en una localidad del cantón Ventanas provincia de Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral en salud, ya que hipotéticamente se considera que el modelo no ha logrado elevar la calidad de vida del Adulto Mayor en la proporción esperada.

#### **1.4 Justificación práctica de la investigación**

Con la finalidad de mejorar el estado de salud actual en que vive este sector de la población, es necesario el desarrollo de proyectos que estén dirigidos a evaluar la calidad de vida de la población de los Adultos Mayores de una

comunidad y por ende evaluar la eficiencia de las normativas que se están ejecutando.

De esta manera se contribuirá con el Ministerio de Salud Pública para que ellos replanteen toda una estructura ya implementada, y este replanteamiento beneficiara a la población de Adultos Mayores del país y lógicamente a los Adultos Mayores del cantón Ventanas.

La medición de la calidad de vida de los Adultos Mayores en el cantón Ventanas parroquia Zapotal nuevo, se llevó a cabo haciendo el estudio de un grupo poblacional que se está beneficiando del modelo y otro que no se está beneficiando, indirectamente también participo toda la familia.

Además se determinó el fracaso del modelo y el replanteo de objetivos en una propuesta encaminada a contribuir en la disminución de la morbilidad y mayor actividad productiva, de un grupo social vulnerable y que requiere de toda la atención de las instituciones del estado por parte del Ministerio de Salud Pública.

Si la calidad de vida no se la determina, se estaría contribuyendo al deterioro de la salud de los Adultos Mayores, y las autoridades en salud no podrían evidenciar la realidad en que vive la población en estudio, además se tendría un impacto de relevancia social por el beneficio que se proporcionaría tanto al Adulto Mayor, a su entorno familiar y a su comunidad con las medidas que las autoridades de salud tomarían para fortalecer el modelo de atención integral en salud dirigido a esta población.

Las implicaciones prácticas que conllevaría esta investigación, serán de importancia para resolver este problema planteado.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

- Determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas intervenidos y no intervenidos con el modelo de atención integral en salud del adulto mayor.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Determinar la calidad de vida de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos por el modelo de atención integral en salud del adulto mayor en las dimensiones relacionadas a la salud física (Función física, desempeño físico, dolor físico y salud general).
- Determinar la calidad de vida de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos por el modelo de atención integral en salud del adulto mayor en las dimensiones relacionadas a la salud mental (Vitalidad, desempeño emocional, función social).
- Determinar la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Ventanas según variables como el sexo, ocupación y persona con la que vive.

## **CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Marco Filosófico o epistemológico de la investigación**

La senectud es un proceso o etapa en donde el individuo experimenta deterioro de las células de los órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose cambios estructurales profundos, predisposición del organismo a enfermedades crónicas y degenerativas, sumando las características genética, formas de vida inapropiados, entornos socio-económicos precarios y ambientales dañinos, esto hace que en la salud funcional de los adultos mayores crezca el riesgo de dependencia y pasen a convertirse en discapacitados.

Envejecer es un proceso que ningún ser viviente está exento, es gradual, asincrónico y particular, las enfermedades se manifiestan de una forma más agresivas a diferencia de las manifestaciones normales en otras etapas de la vida, se acrecienta el origen del dolor, interfiere en la regulación de la temperatura y el balance hidroelectrolítico, se cambian los elementos compensatorios como taquicardia y polipnea (Lenardt, 2013, p. 1).

Se consideran Adultos Mayores a las personas sean estas hombres y mujeres desde los 65 años en adelante independientemente del estado de salud que presenten, la organización mundial de la salud manifiesta “Una revolución demográfica está ocurriendo en todo el mundo, actualmente hay alrededor de 600 millones de personas de 60 años y más; esta cifra se duplicará hacia el año 2025 y llegará a casi dos mil millones hacia el año 2050, la mayoría de ellos en países en vías de desarrollo”(OMS día internacional de las personas mayores, s/f).

La pirámide poblacional se está invirtiendo, esto conlleva a que en un futuro cercano habrá una población envejecida y con ello vendrán los problemas de salud propios de la edad para los cuales se necesita estar preparados con un sistema de salud que cubra con las demandas de atención ya que el 80% de

la población ecuatoriana y entre ellos los Adultos Mayores se encuentran sin protección de algún seguro médico.

Estos datos evidencian que a medida que pasan los años se tendrá un elevado porcentaje de personas envejecidas y que la economía estará basada en su fuerza laboral y de esta manera contribuirán al desarrollo de sus comunidades y del país en general con la experiencia que los caracteriza, siempre y cuando se logre conservar en ellos independencia tanto física como mental, y de esta manera sus familias se verán directamente beneficiadas (Envejecimiento en las americas proyecciones para el siglo XXI - ageams.pdf, s/f).

Es la última etapa de la vida y por esta razón la etapa más especial del ser humano, se la define de acuerdo a la percepción de cada individuo, es por esta razón que a lo largo de la vida las personas pueden manifestarse independientemente de la edad como jóvenes – viejos y viejos – jóvenes, es decir que se consideren o no viejos depende del bienestar tanto físico, social y mental de las personas y de la cercanía y cuidados o experiencias con los miembros de la familia.

El proceso de envejecimiento viene siendo determinado por los estilos de vida que cada uno ha experimentado: el ambiente, el tipo de trabajo, el estrés, el tipo de alimentación pasan a convertirse en factores determinantes para que este proceso se acelere o se retrase, repercutiendo en sus funciones físicas, sociales y mentales.

Según la organización mundial de la salud, la salud es: “El completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad”, bajo esa premisa se concluye que no existe ese equilibrio en los individuos sean estos hombres o mujeres, menos aún en los Adultos Mayores que son más vulnerables a padecer enfermedades propias de la edad (OMS | Salud mental, s/f).

Los Adultos Mayores conservan los mismos derechos que tiene el resto de las personas de otras edades de acuerdo a la carta magna de la república del Ecuador que en el artículo 36 dice: “Las personas Adultas Mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privados, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia” (Carta magna de la república del Ecuador).

En el artículo 37 dice: “El Estado garantizara a las personas Adultas Mayores los siguientes derechos: La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a la medicina”.

En el artículo 38: “El estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas Adultas Mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades”, así mismo, “fomentara el mayor grado de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas”.

Esto quiere decir que los Adultos Mayores deben de ser atendidos aplicando la normativa del modelo integral en salud garantizando su nutrición, su salud, su cuidado diario, con creación de centros de acogida para los desamparados o que sus familias no los puedan cuidar, aplicar las políticas para conservar su autonomía y sus relaciones sociales, protegiéndolos de la violencia intrafamiliar garantizando su estabilidad física, psíquica y social.

En el Ecuador existe una mala concepción sobre esta etapa de la vejez, ya que al Adulto Mayor en muchas familias es considerado como una carga, se los relega y se los condena a la improductividad, a la soledad y a la mendicidad, es necesario que las familias contribuyan en el cambio de los estilos de vida de los Adultos Mayores permitiendo que estos retomem su protagonismo en todos los ámbitos.

Es necesario poner mucha atención a la aplicación de los modelos de atención en salud impulsados por el estado, por eso hay que determinar la calidad vida de los Adultos Mayores y el impacto que ha provocado el modelo de atención integral. (Constitución de la república del Ecuador 20081 .pdf, s/f, p. art 36 y 37).

## **2.2 Antecedentes de investigación**

*Mónica Mora, Delia Villalobos, Gerardo Araya y Antonieta Ozols, docentes de la universidad nacional de Costa Rica, realizaron el estudio sobre la perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativo.*

El propósito de este estudio fue conocer la relación entre las variables que integran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa) ligadas al género en personas adultas mayores costarricenses, además conocer el principal motivo de estos sujetos para realizar la actividad física y el beneficio percibido por estos, de acuerdo al género.

En este estudio participaron 152 sujetos (92 mujeres y 60 hombres) con edades entre los 60 a 75 años, de 21 centros diurnos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: un cuestionario de calidad de vida (INISA,1994) y una encuesta sobre actividad física recreativa, los resultados mostraron relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; autonomía y estado mental; autonomía y frecuencia de la actividad; autonomía y duración, asimismo en lo que respecta al género; la depresión geriátrica fue superior en las mujeres ( $F=5.86$ ).

La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y los beneficios principales de ésta para ambos géneros fueron, el sentirse más reanimados, más alegres, con energía, y el alivio de dolores.

Se concluye, que la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física, excepto en lo que respecta a la depresión, la cual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se comprueba que la actividad física recreativa le permite obtener al adulto mayor resultados positivos entre más cantidad de veces y de tiempo por semana le dedique.

*Yolanda Robles y colaboradores realizaron el estudio sobre el índice de calidad de vida, validación en una muestra peruana.* El objetivo principal fue adaptar el índice de calidad de vida (ICV), versión española de Mezzich, estimar su confiabilidad y validez, obtener normas para la población de Lima y analizar las puntuaciones según variables demográficas. El ICV fue administrado como parte del cuestionario del estudio epidemiológico de salud mental de Lima metropolitana (2002), con una muestra probabilística trietápica en 2077 adultos.

El ICV evalúa la satisfacción en diez áreas con una escala de 10 puntos, se analizaron los datos normativos de la muestra, la consistencia interna, la validez de constructo y las puntuaciones según variables demográficas, grado de instrucción y nivel de pobreza. La media del ICV fue  $7,63 \pm 1,33$ , e instrumento mostró una elevada consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0,87). El análisis factorial identificó cuatro factores, el anova mostró que las puntuaciones promedio variaban significativamente de acuerdo a las variables demográficas, nivel de instrucción y nivel de pobreza.

Se concluyó que el ICV es un instrumento válido y confiable que puede ser utilizado para estimar la calidad de vida de la población adulta de Lima metropolitana y cuyos resultados varían según las características demográficas, el nivel educativo y el nivel de pobreza de esta población.

*Martha Vera en el 2007 realizo un estudio buscando el significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, cuyo objetivo fue comprender el significado que la expresión lingüística 'calidad de vida del*

adulto mayor' tiene para el adulto mayor y para su familia. Fue un estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo, fundamentado en la teoría de las representaciones sociales, desarrollado en el asentamiento humano Laura Caller en Los Olivos participaron adultos mayores y sus respectivos grupos familiares.

Se emplearon las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas norteadoras, previamente validados. Participaron dieciséis Adultos Mayores con sus respectivos grupos familiares. Los discursos a través de la 'objetivación' y el 'anclaje' y los análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida.

Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el Adulto Mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

*Gallegos Carrillo, K.; Durán Arenas Gerardo, J.L.; López Carrillo, L.; López Cervantes, M. estudiaron los factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos, este estudio tuvo como meta identificar una serie de factores relacionados a calidad de vida a través de las dimensiones de funcionamiento físico, social, emocional y percepción general de salud en una población de adultos mayores del estado de Morelos, México, fue un estudio transversal llevado a cabo de marzo a septiembre de 1997 en áreas urbanas y rurales del estado de Morelos. La muestra fue construida por una selección aleatorizada de 2,571 viviendas.*

Los datos fueron colectados por medio de entrevistas personales estructuradas, la calidad de vida fue analizada en cuatro dimensiones: funcionamiento físico, social, emocional y percepción general de salud. Las variables independientes fueron: género, edad, morbilidad reportada, nivel de actividad, contacto con el médico y hospitalización en el último año, consumo de tabaco e ingreso familiar. El análisis estadístico fue desde estadística descriptiva a modelos multivariados de regresión logística no condicionados. Los factores asociados con la dimensión física fueron: género, enfermedad en el último año, edad, tabaquismo y nivel de actividad.

En funcionamiento social sólo la variable de chequeo médico fue significativa, actuando como factor favorecedor. En la dimensión emocional: género, enfermedad y chequeo médico en el último año. Para percepción de salud los factores fueron: género, morbilidad, hospitalización en el último año y actividad. Todas estas variables estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ).

Los factores asociados con calidad de vida varían de acuerdo con cada dimensión, sin embargo, género, morbilidad, contacto con el médico y actividad son comunes para la mayoría de las dimensiones estudiadas. Esto nos sugiere que estos aspectos deberían ser considerados en la planeación de intervenciones para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

## **2.3 Bases teóricas**

### **Generalidades.**

En el año 1.995 se señala una tasa de mortalidad general de 4,46 para incrementarse en el 2000 a 4,59, y presentar variaciones con tendencia a la baja de 4,26 en 2007 y 4,35 en 2008.

La esperanza de vida al nacer se estima que es el número promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo año, y en el Ecuador para el quinquenio 1.965 – 1970 era de 57,4 años, mientras que para el quinquenio 2005 – 2010 está calculada en 75 años, lo que muestra que las

personas vivan más años, y por consiguiente más personas lleguen a viejas, esto refleja los avances tecnológicos responsables del aumento de la longevidad y la expectativa de vida y que las personas vivan hoy más años que generaciones anteriores (5 normas y protocolos de atención).

Entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad se registran las afecciones respiratorias agudas, las diarreas, paludismo, tuberculosis pulmonar, enfermedades inmune prevenibles, desnutrición, obesidad, enfermedades cerebro vascular, cardiopatías isquémicas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tumores malignos, el síndrome de inmune deficiencia adquirida, problemas de salud mental, violencia intrafamiliar.

En la década de los años 2000 las enfermedades no transmisibles, como las cerebro vascular, isquémico, hipertensivas y metabólicas tipo diabetes, que se producen por la calidad de vida, actitudes, estrés y prácticas diarias de la población determinan el primer lugar en la mortalidad de los Adultos Mayores.

Según las normas y protocolos de atención “La primera causa de muerte en personas mayores de 65 años es la neumonía, pero si agrupamos los 1.802 casos de insuficiencia cardíaca con 1.887 casos de infarto agudo de miocardio, con 1311 casos de hipertensión arterial, y 696 casos de enfermedad cardíaca hipertensiva”, se concluye que las enfermedades crónicas no trasmisibles ocupan el primer lugar de causas de mortalidad en los Adultos Mayores en el país, para el mismo año.

Dentro de 10 primeras causas de morbilidad, según egresos hospitalarios, se registra la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con enfermedades crónicas (6. normas y protocolos de atención).

El modelo de atención integral de salud (MAIS) son un conjunto de estrategias, lineamientos y materiales encaminadas a fortalecer la salud familiar, comunitaria e intercultural que complementándose, establece y descongestiona el sistema nacional de salud, admitiendo la integralidad de los

tres niveles de atención en el sistema nacional de salud. Respalda y concentra la estrategia de la APS (Atención primaria en salud) que en la práctica garantiza la atención para satisfacer las necesidades de salud (MSP) (Manual MAIS-MSP12.12.12.pdf, s/f).

Es necesario entender la diferencia entre tres términos utilizados en la descripción de la aplicabilidad del modelo de atención integral: La eficacia representa a la producción de los bienes o servicios sobrevalorados por la colectividad al menor costo general posible, hace referencia al impacto o efecto de una acción llevada a cabo en las mejores condiciones posibles. La efectividad hace referencia al impacto que se alcanza a causa de una acción llevada a cabo en condiciones habituales y el efecto es dar el resultado deseado (De Salud, s/f)

### **Componente social.**

Al hablar de desarrollo social se refiere al avance tanto del capital humano como del capital social de una colectividad, involucra y consiste en un perfeccionamiento o cambio positivo en las relaciones entre las personas, grupos e instituciones de una colectividad, siendo el bienestar social el proyecto de futuro (Definición de Desarrollo social » ABC, s/f)

El 40% de las personas adultas mayores residen en áreas rurales, las situaciones materiales de existencia se manifiestan de una forma muy concluyente en la vivienda que habitan y en los servicios con los que ellos cuentan en el área rural, lo que a su vez determina el estado de salud, bienestar y calidad de vida de él y de sus familias.

Según el Censo de 2010, los Adultos Mayores son propietarios de su vivienda (80%), el nivel de analfabetismo de la población adulta mayor en nuestro país es alta de 26,9% para ambos sexos.

Es relevante la condición de vida de la población adulta mayor: su estado civil es determinante en la condición de vida, ya que la familia es el soporte fundamental para la satisfacción de las necesidades básicas, la viudez y el

abandono son factores determinantes para caer en estados deplorables de salud.

Según el tipo de hogar en que residen se puede apreciar que, en orden de importancia, los Adultos Mayores se encuentran en un 55,7% en hogares extensos (núcleo completo o incompleto con hijos); en un 9,3% en hogares unipersonales (personas que viven solas o con servicio doméstico), y en un 7,3% en hogares compuestos. Esto indica que, en un 90,6% de los casos, las personas mayores no viven solas, y que un elevado porcentaje (83,3%) se encuentra protegida por el ámbito familiar y no han sido desarraigadas del mismo (7normas y protocolos de atención).

Las actividades productivas de los Adultos Mayores, de acuerdo al censo 2010, es la agricultura, la pesca, tareas manuales, como empleados públicos representan el 6,7% de la población adulta mayor en el campo laboral.

La incidencia de la pobreza en este grupo poblacional en la zona rural es de (44,9%) y un alto porcentaje urbano (71,8%), los Adultos Mayores que declararon recibir uno o más ingresos son la mayoría (70,4%), y de ellos un 56,3% son hombres y un 43,7% mujeres.

La salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social que tiene una persona (Concepto de salud según la OMS. s/f). Los Adultos Mayores son personas que han alcanzado su madurez completa y empiezan a sentir algunos cambios físicos y biológicos, lo que no significa que sean incapaces de manejar su vida de manera integral; al contrario, en su mayoría gozan de un estado físico, mental y social muy bueno con capacidades de entendimiento, pensamiento, orientación, destrezas y conocimientos que las han cultivado durante toda su vida, se trata de personas con mucha experiencia, tanto en su área laboral y como en su vida personal a quienes se les presenta la oportunidad de empezar a disfrutar de su tiempo con tranquilidad (Edukavital, s/f).

### **Componente físico.**

“La esperanza de vida es la cantidad de años que vive una cierta población en un cierto período, determinada por factores ambientales, económicos, sociales, culturales, excluyendo a la violencia” (Ecuador Esperanza de vida al nacer 2015 | datosmacro.com, s/f).

La vejez es la última etapa de la vida de los seres vivos, determinado por el creciente descenso de las actividades funcionales y detrimento de la capacidad de adaptación del sujeto a los elementos que influyen sobre él. La longevidad es la duración de la vida de una persona (Conceptos Demográficos, s/f).

“La Geriatria es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos y terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos, de su recuperación funcional y de su reinserción en la comunidad, tras ingresos hospitalarios, en condiciones físicas, psíquicas y sociales de autosuficiencia” ( Biología del Envejecimiento-prado.pdf, s/f-a).

La Gerontología es una rama de las ciencias sociales que estudia todos los aspectos del envejecimiento (sanitario, sociológico, económico, político, relativo al comportamiento, ambiente y otros).

El envejecimiento según la organización mundial de la salud: es un “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida” (marzo 2012 | cuidados en el anciano”, s/f).

La independencia funcional es la capacidad de efectuar o ejecutar determinadas acciones o labores demandadas en el diario vivir, las actividades de la vida diaria son las labores que realiza una persona en forma frecuente para mantener su cuerpo y continuar independientemente, pero se producen cambios orgánicos, declinación de las facultades físicas, modificaciones psicológicas de la inteligencia y la personalidad, menguan los recursos económicos, se produce la pérdida progresivas de seres queridos,

se acogen a la jubilación, familia multi generacional (el padre pierde su rol de cabeza de familia frente a los hijos), viudez, migración estacional, son factores predisponentes que contribuyen al deterioro de la salud de los adultos mayores (Envejecimiento, capacidad funcional y entrenamiento con ejercicio excéntrico.pdf, s/f, p. 4).

El estado físico es la capacidad del cuerpo humano para compensar los requerimientos atribuidos por el ambiente y la vida diaria, es un estado del cuerpo (y de la mente) que favorece el desarrollo de una vida solícita y efectiva, y es posible que afecte a casi todas las etapas de la existencia humana (Repositorio Uisek: ciudad de Quito, s/f).

El deterioro de la salud no es enfermedad, sino que es cualquier daño (pérdida) o degeneración de tipo fisiológico que existe o se presenta en el sujeto y que cuando se observa a tiempo y se trata apropiadamente, no perjudica las actividades de la vida normal tanto física y psicológica de las personas de la tercera edad (Cuidado de enfermería al adulto y la familia, s/f).

Viejo sano es un individuo independiente, cuya estado no perjudica la vida diaria, que es idóneo de enfrentar el proceso de cambio a un nivel apropiado de adaptación práctica y bienestar personal, con un buen estado psíquico y estados de ánimo que dependen de la situación que esté viviendo (Biología del Envejecimiento Prado.pdf, s/f-b).

.La actividad ocupacional se la considera como "Un conjunto de tareas y destrezas que realizan una ocupación efectiva en el ambiente y que cumple satisfactoriamente los roles establecidos en su entorno inmediato"(Terapia-Ocupacional: Artículos, s/f).

### **Componente psicológico.**

El grado de conocimiento es una amalgama de información acumulada o recopilada a través de la práctica o el aprendizaje (a posteriori), o mediante la reflexión (a priori), es el significado más profundo del término, se trata de la

consolidación de varios datos conectados que, al ser captados por sí solos, conservan un menor coste de calidad.

Para el filósofo griego Platón, el entendimiento es aquello precisamente positivo (episteme), en cambio la convicción y el razonamiento desconocen el escenario de las cosas, por lo que forman parte del medio de lo posible y de lo figurado.

El discernimiento tiene su inicio en la apreciación sensorial, después llega al intelecto y culmina posteriormente en el juicio, se dice que el discernimiento es una correlación entre un sujeto y un objeto, las fases del discernimiento implica cuatro componentes: persona, materia, acción y carácter (el proceso cognoscitivo)(Definición de conocimiento qué es, significado y concepto, s/f).

La aceptación es la gestión desarrollada por los seres humanos de acoger de forma consciente algo, una materia, un detalle, una razón y la propia aceptación de uno mismo, entre otras cosas (Definición de aceptación concepto en definición ABC, s/f).

El significado de contribuciones excesivamente manejado en el área de la programación del perfeccionamiento para referirse a la necesidad de que la comunidad recibidores de las estrategias, programas y proyectos se involucren activamente en el logro de las metas y beneficios del desarrollo. (Diseño proyecto comunitario actividades físicas (pág 2) /f).

La aplicabilidad es el grado en el que los resultados de un estudio son aplicables a distintos escenarios clínicos (Manual de Evidencia, s/f).

La calidad de vida según la organización mundial de la salud es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física

del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Definición y concepto neurodidacta, s/f).

## **CAPITULO 3. METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

El enfoque de la investigación planteada es de tipo cuantitativo; el cual permitió examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística. Estudio de tipo descriptivo de corte transversal por que los datos utilizados fueron con finalidad puramente descriptiva, no enfocados a una presunta relación causa-efecto.

Se considera transversal porque en el estudio se examinó la relación entre la calidad de vida y una serie de variables en una población determinada y en un momento del tiempo. El diseño de investigación corresponde al no experimental.

### **3.2. Descripción del área de estudio**

El cantón Ventanas es un municipio de la provincia de Los Ríos del Ecuador, tiene una extensión de 282 km<sup>2</sup> y una población de más de 86.411 habitantes (en 2013), su cabecera cantonal es la ciudad de Ventanas, fue creado el 10 de noviembre de 1952, también el cuarto más poblado de la misma, aquí se produce y se comercializa varios productos como: banano, café, cacao, arroz, soya, maracuyá, gandul, y en especial maíz del cual depende el sustento de la mayoría de su población.

El cantón Ventanas declarada en el 2013 como “Capital maicera del Ecuador”, al igual que las demás localidades ecuatorianas, se rige por un gobierno municipal autónomo descentralizado según lo estipulado en la constitución política nacional.

El gobierno municipal de Ventanas es una entidad de gobierno seccional que administra el cantón, cuenta con dos parroquias urbanas y tres rurales., se encuentra al norte el cantón Quevedo, al este el cantón Quinsaloma y la provincia de Bolívar al sur el cantón Urdaneta, al oeste cantones Mocache, Vinces y Pueblo viejo.

Ciudad bañada por el río Sibimbe de oeste a este, con un clima tropical que estimula a propios y extraños, cuenta con fuentes de agua dulce que existen en sus alrededores, es una ciudad netamente agrícola, donde se produce, se comercializan y se exporta varios productos de los cuales depende el sustento de la mayoría de sus habitantes, convirtiéndose en fuente de trabajo y prosperidad en esta ciudad.

Ventanas está ubicada en el centro de la provincia de Los Ríos, en la región litoral de Ecuador, a dos horas de Guayaquil y a seis horas de la capital Quito, se ubica en una extensa planicie que se prolonga hacia el occidente, mientras que en el este están los flancos occidentales de la cordillera de los Andes, se asienta a 25 metros sobre el nivel del mar, por lo que el clima es cálido.

Las instituciones de salud del cantón Ventanas pertenecen a la zona 5 distrito 4, dentro de su estructura organizativa cuenta con un hospital básico tipo C, y 8 circuitos 3 urbanos tipo B y 5 rurales B y A.

La parroquia Zapotal Nuevo es la parroquia más antigua del cantón Ventanas, cuenta con un centro de salud que dispone de un equipo completo de salud, con una población de 7.521 habitantes y 316 Adultos Mayores.

### **3.3. Selección de los sujetos**

#### **Definición de la población**

La población de Adultos Mayores del cantón Ventanas es de 4.553 distribuida en el área urbana y rural, en el circuito 12D04C02-5 que

corresponde a Zapotal Nuevo habitan 316 Adultos Mayores en su área de influencia.

### **Población de Adultos Mayores**

Está constituida por la totalidad de Adultos Mayores residentes habituales de la unidad Zapotal nuevo que se estima de acuerdo al último censo de población y vivienda de Ecuador es de 316.

#### **CUADRO 1. POBLACIÓN POR CIRCUITOS DEL DISTRITO 12D04**

DISTRITO	CIRCUITO	UNIDAD	65 Años y más
12D04	12D04C06-1	UNIDAD ANIDADA	1.156
12D04	12D04C04-2	10 DE NOVIEMBRE	882
12D04	12D04C06-3	MALVINAS	1.095
12D04	12D04C02-4	ZAPOTAL VIEJO	480
<b>12D04</b>	<b>12D04C02-5</b>	<b>ZAPOTAL NUEVO</b>	<b>316</b>
12D04	12D04C01-6	AGUAS FRIAS	216
12D04	12D04C02-7	LOS ANGELES	210
12D04	12D04C02-8	PASAJE	210
TOTAL			4.565

Fuente: INEC

#### **CUADRO 2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

<b>INCLUSION</b>	<b>EXCLUSION</b>
Adultos Mayores desde 65 años en adelante	Adultos Mayores que no deseen participar en el estudio
Adultos Mayores con nivel de conciencia normal	Adultos Mayores que sus familiares se opongan a su participación.
Adultos Mayores que vivan en el Zapotal Nuevo.	Adultos Mayores sin la evidencia de su edad con documentos.

\*Se encasillara como Adulto Mayor atendido a aquellos en cuya historia clínica se registra por lo menos 2 consultas subsecuentes

Fuente: Elaboración propia

**Muestra:**

La población de Adultos Mayores seleccionada fue la población de Zapotal nuevo perteneciente al distrito de salud 12D04C02 identificada con el número 5, cuenta con una población de 316 adultos entre hombres y mujeres, no se realizó muestreo, se trabajó con toda la población por ser esta pequeña y accesible.

**Unidad de análisis**

Adulto Mayor de la comunidad de Zapotal nuevo.

**3.4. Plan de recolección e instrumento de recolección de datos****Autorización**

Se realizaron los trámites correspondientes en el distrito de salud número 4 a la que pertenece el circuito seleccionado.

Se ofició para obtener la autorización de una manera escrita sumillado por el jefe de área.

**Área de Estudio**

El área de la salud estudiada en 1 conglomerado

12D04C02-5 Zapotal nuevo

**Capacitación de los participantes en la investigación**

Se capacitó por medio de talleres al equipo que participó de la recolección de datos por el lapso de una semana, 2 horas diarias lo que acreditó 10 horas de capacitación, se socializó con ellos/as la problemática, objetivos, instrumentos y procesos de recolección de datos.

## **Recursos**

### **Humanos**

Directora del proyecto, tutor, promotoras de salud de la localidad de Zapotal nuevo y estudiantes de la carrera de enfermería.

### **Materiales**

Proyector, vehículo, computadora, impresora, matrices, papelería, croquis, etcétera.

### **Económicos**

Propios de la doctorante

## **Supervisión y Coordinación**

Se dispuso de cronogramas de distribución de tareas que facilitaron el monitoreo, supervisiones y control, el monitoreo y supervisiones fueron permanentes durante el desarrollo de la investigación, cada tarea fue evaluada y replanteada de acuerdo a los problemas presentados.

## **Fuentes de obtención de los datos**

Los datos se obtuvieron directamente de los sujetos investigados o fuentes primarias.

## **Localización de las fuentes**

5 Zapotal nuevo

## **Métodos/ técnicas/ instrumentos de recolección**

Luego de capacitar a los equipos de recolección de datos, estos realizaron una visita domiciliaria en cada vivienda de Zapotal nuevo con la ayuda del mapeo existente en la unidad de salud, y con los listados de los Adultos Mayores atendidos con al menos 2 consultas subsecuentes de acuerdo a la

historia clínica única. Los que no constaron con dicho requisito fueron encasillados como “no intervenidos por el modelo de atención integral”.

La aplicación de las encuestas se inició en el mes de noviembre del año 2015, se emplearon 20 equipos de encuestadores conformados por un estudiante de enfermería y una promotora de salud, cada equipo encuestó a 15 adultos mayores en tres días consecutivos.

Durante la visita domiciliaria a la vivienda de los adultos mayores se aplicó la encuesta sociodemográfica que permitió obtener datos de la edad, sexo, procedencia, antecedentes de importancia y si recibió la intervención del modelo de atención integral de salud.

También se aplicó la versión en español del cuestionario SF-36 el cual mide la calidad de vida en salud a partir de 36 preguntas agrupadas en ocho dimensiones: función física, desempeño físico, dolor físico y salud general para el componente sumario físico (FCS) así como vitalidad, función social, desempeño emocional y salud mental para el componente sumario mental (MCS).

Dicho instrumento de recolección de datos fue adecuado al idioma español y validado en diversos países, siendo el más cercano a Ecuador un estudio realizado en Medellín-Colombia (Lugo y col.). La consistencia interna en dicho estudio se determinó con el coeficiente alfa de Cronbach encontrándose que en las diferentes dimensiones del cuestionario SF-36 los valores de la prueba Alfa de Cronbach variaron entre 0,80 y 0,91.

Los puntajes obtenidos por la suma de ítems para el total de la encuesta como para cada dimensión fue transformada a una puntuación de 0 a 100 mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Escala transformada} = \frac{(\text{Puntaje obtenido} - \text{puntaje más bajo posible}) \times 100}{\text{Rango posible}}$$

## **Preparación de datos para analizarlos**

Se procedió al análisis e interpretación de los resultados por medio de tablas y gráficos, estas herramientas facilitaron el análisis para llegar a las conclusiones esperadas.

## **Tiempo**

Al ser un estudio descriptivo y transversal, el tiempo estimado para la investigación fue de seis meses.

## **Prueba piloto**

No se procedió a realizar prueba piloto para validación, ya que los instrumentos fueron validados en un estudio realizado en Medellín, Colombia “Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36”. Se aplicó los instrumentos realizando un pilotaje con el objetivo de la comprobación de la comprensión lingüística por parte de los Adultos Mayores.

## **3.5. Plan de tabulación y análisis**

Los datos obtenidos a través de las diferentes técnicas e instrumentos de investigación fueron tabulados y analizados de acuerdo al siguiente procedimiento:

- Detalle e identificación de las variables que son objeto de estudio.
- Definición de las variables que fueron analizadas individualmente las cuales se presentan en cuadros simples.
- Definición de las variables que se presentan de manera cruzada.
- Codificación de las categorías de las respuestas de cada pregunta.
- Elaboración de la lista de cuadros y gráficos a través de los cuales se presentaron los datos, considerando la estrategia de análisis definidas para cada variable o grupos de variables.
- Identificación de las pruebas estadísticas.

Los datos obtenidos pasaron a formar parte de una base de datos informática elaborada con el programa Excel para Windows 2013, para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

### 3.6. HIPOTESIS Y VARIABLES.

#### 3.6.1. HIPOTESIS GENERAL

- ✓ Los adultos mayores intervenidos por el modelo de atención integral de salud tienen mejor calidad de vida que los no intervenidos.

#### CUADRO 3. VARIABLES DEL ESTUDIO.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES FINALES	INSTRU MENTO
<b>Calidad de vida del Adulto Mayor</b>	Es la valoración global que realiza el Adulto Mayor en la que considera las variables físicas, psicológicas y sociales.	Cualitativa	Nominal	Muy buena Buena Regular Mala	Cuestionario de calidad de vida SF-36.
<b>Intervención por el modelo de atención</b>	Es la aplicación de habilidades, destrezas, lineamientos e instrumentos encaminada a la salud familiar, comunitaria e intercultural.	Cualitativa	Nominal	Intervenido No intervenido	Ficha socio demográfica

### **3.6. Aspectos éticos de la investigación**

La ley orgánica de la salud en el Art. 7 dice: “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos; e) Ser informada a tiempo sobre las opciones de tratamiento, bienes y servicios, beneficiarse con las consejería y asesoría del personal de salud antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna”.

En el código de ética médica del Ecuador Art. 16 dice: “Igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente probados como medios terapéuticos y salvaguardando la vida e integridad del paciente”.

En este estudio, por tratarse de una investigación que indaga sobre sus prácticas diarias, sobre sus enfermedades, sus estilos de vida en donde prevalecen las manifestaciones culturales y tradiciones requirió obtener el consentimiento informado de todos los pobladores que intervinieron en el estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos los cuales han sido usados solo para fines del presente estudio omitiéndose en todos los casos la identificación de los adultos mayores.

Todas las personas antes de ser sometidos al estudio fueron informados de forma exhaustiva por el responsable que llevo a cabo la investigación, sobre la naturaleza, la importancia, el alcance de la investigación, para que otorguen su consentimiento he indicarles además que en cualquier momento, pueden revocar su consentimiento sin tener que explicar la causa.

El consentimiento informado respetó los siguientes requisitos: Voluntariedad (decisión libre de participar en el estudio), Información (comprensible e incluir el objetivo del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el estudio una vez iniciado en cualquier momento), comprensión (entender las características del sujeto que recibe la información).

La participación en el presente estudio no conlleva a riesgos importantes y si a beneficios ya que se realizará una evaluación completa y gratuita de la calidad de vida que a su vez contribuirá a mejorar la aplicación del modelo de atención integral y al mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores.

## **CAPITULO 4. RESULTADOS Y DISCUSION**

### **4.1 Análisis, interpretación y discusión de resultados**

Para la presente investigación se realizó estadística univariada la cual se basó en la obtención de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central como la media y la mediana así como de medidas de dispersión como la desviación estándar.

Para el análisis bivariado se empleó la prueba T de Student con el objetivo de comparar las medias del puntaje obtenido con el cuestionario SF-36 en los varones y en las mujeres. También se empleó la prueba T de Student para comparar las medias del puntaje obtenido en los Adultos Mayores intervenidos y no intervenidos por el modelo de atención integral del cantón Ventanas. También se calculó el coeficiente de Correlación de Pearson ( $r$ ) para correlacionar la edad de los participantes con el puntaje obtenido con el cuestionario SF-36 en los varones.

Para comparar las medias del cuestionario SF-36 según ocupación actual y persona con la que el Adulto Mayor vivía regularmente se empleó el análisis de varianza de un factor (ANOVA) previa obtención del test de Levene para evaluar la homogeneidad de las varianzas; mientras que, para el análisis a posteriori se empleó la prueba de Tukey, los cálculos fueron realizados con un nivel de confianza del 95%.

### **4.2 Pruebas de hipótesis**

Con fines del análisis estadístico se planteó las siguientes hipótesis estadísticas:

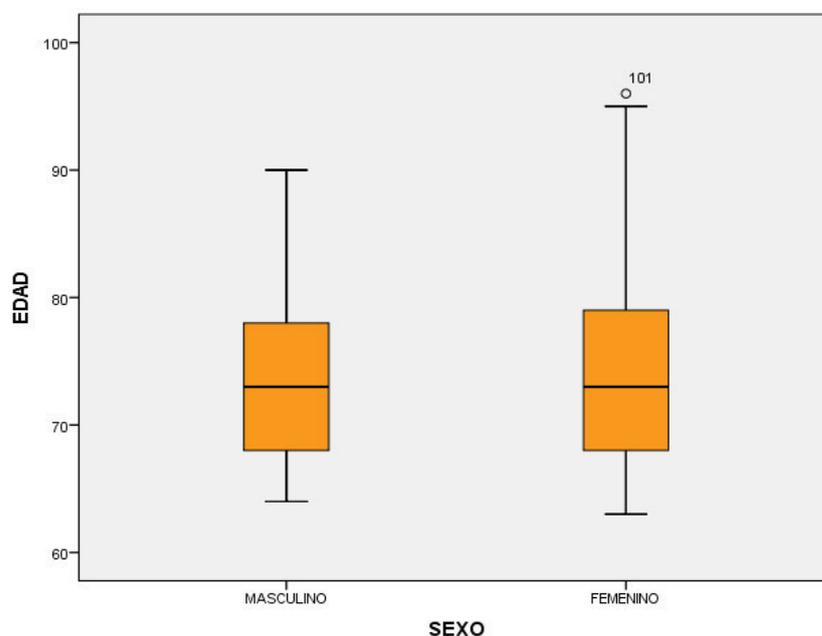


### 4.3 Presentación de los resultados

De un total de 316 adultos mayores registrados como residentes en la comunidad de Zapotal Nuevo del cantón Ventanas, se excluyó a 19 personas debido a que 9 habían fallecido o cambiado de domicilio, 6 no poseían la cédula de ciudadanía, 2 se negaron a participar del estudio y en 1 de ellos sus familiares fueron renuentes a que fuera entrevistado. Con ello, participaron del estudio 297 Adultos Mayores.

La edad promedio de los Adultos Mayores fue de  $74,0 \pm 6,9$  años (Mediana 63 años), el 50,5% eran varones y el 49,5% mujeres. La edad promedio de los varones fue de  $73,8 \pm 6,4$  años; mientras que, la edad promedio de las mujeres fue de  $74,2 \pm 7,5$  años. No existió diferencia significativa para la edad en el sexo masculino y el femenino (Prueba t de Student,  $p=0,599$ ). Esto se muestra en la figura 1.

**Figura 1:** Diagrama de cajas de la edad de los Adultos Mayores distribuida según el sexo, comunidad Zapotal Nuevo del cantón Ventanas.



Con relación a las características sociodemográficas de los participantes, se observó que la mayor frecuencia eran convivientes (27,6%), vivían con cónyuge, hijos y nietos (31,0%), eran trabajadores impagos o no

laboraban (51,5%) y percibían un ingreso menor al sueldo mínimo (98,0%), adicionalmente, el 51,2% de los Adultos Mayores de la comunidad Zapotal Nuevo del cantón Ventanas provincia de Los Ríos habían sido intervenidos por el modelo de atención integral del Adulto Mayor. Esto se muestra en el cuadro 5.

**CUADRO 5.** Características sociodemográficas de los adultos mayores de la comunidad Zapotal Nuevo del Cantón Ventanas.

<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Estado civil		
Soltero	70	23,6
Unión libre (conviviente)	82	27,6
Casado	69	23,2
Viudo	76	25,6
Vive regularmente con		
Cónyuge	54	18,2
Hijos	77	25,9
Cónyuge, hijos y nietos	92	31,0
Solo	49	16,5
Con otras personas	25	8,4
Trabajo actual		
Desempleado o trabajador impago	153	51,5
Productor	75	25,3
Jornalero o peón	65	21,9
Empleado u operario	4	1,3
Ingreso mensual		
Menor que el sueldo mínimo	291	98,0
Mayor que el sueldo mínimo	3	1,0
Igual al sueldo básico	3	1,0
Intervención por el modelo de atención integral del Adulto Mayor		
Sí	152	51,2
No	145	48,8

La mayor frecuencia de los Adultos Mayores de la comunidad de Zapotal Nuevo tenía percepción regular de su calidad de vida (65,0%) y comparativamente con un año atrás percibían sentirse igual, peor o mucho peor (81,5%); asimismo, la mayoría presentaba mucha limitación para realizar actividades intensas (39,4%) y poca limitación para realizar actividades moderadas (40,4%). Esto se muestra en el cuadro 6.

**CUADRO 6:** Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad de Zapotal Nuevo del Cantón Ventanas.

<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Percepción de la calidad de vida		
Muy buena	6	2,0
Buena	33	11,1
Regular	193	65,0
Mala	65	21,9
Comparación del estado de salud en dos momentos		
Mucho mejor ahora que hace 1 año	12	4,0
Algo mejor ahora que hace 1 año	43	14,5
Más o menos igual ahora que hace un año	104	35,0
Algo peor ahora que hace un año	98	33,0
Mucho peor ahora que hace 1 año	40	13,5
Limitación para realizar actividades intensas		
Mucha limitación	117	39,4
Poca limitación	83	27,9
Ninguna limitación	97	32,7
Limitación para realizar actividades moderadas		
Mucha limitación		
Poca limitación	93	31,3
Ninguna limitación	120	40,4
	84	28,3

De los Adultos Mayores entrevistados se observó que el 67,7% presentaba alguna limitación para levantar o llevar bolsas de compras, el 66,0% alguna limitación para subir un piso por las escaleras, el 69,7% alguna limitación para agacharse, arrodillarse o ponerse de cuclillas, el 59,9% alguna

limitación para caminar medio kilómetro; mientras que el 47,8% presentaba alguna limitación para bañarse o vestirse. Esto se muestra en la cuadro 7.

**CUADRO 7:** Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad de Zapotal Nuevo del Cantón Ventanas.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Levantar o llevar bolsas de compra		
No me limita para nada	96	32,3
Me limita poco	105	35,4
Me limita mucho	96	32,3
Subir un piso por las escaleras		
No me limita para nada	101	34,0
Me limita poco	98	33,0
Me limita mucho	98	33,0
Agacharse, arrodillarse o ponerse de cuclillas		
No me limita para nada	90	30,3
Me limita poco	89	30,0
Me limita mucho	118	39,7
Caminar medio kilómetro		
No me limita para nada	119	40,1
Me limita poco	85	28,6
Me limita mucho	93	31,3
Bañarse o vestirse		
No me limita para nada	155	52,2
Me limita poco	19	6,4
Me limita mucho	123	41,4

Adicionalmente, el 77,1% de los Adultos Mayores consideró que se había visto obligado a reducir el tiempo que dedicaba al trabajo, el 83,2% refirió haber podido hacer menos de lo que deseaba hacer, el 72,1% se vio limitado en el tipo de trabajo que realizaba y el 77,8% mencionó haber disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.

Al realizarse la transformación de los puntajes a la escala de 0 a 100 para el análisis según dimensiones de calidad de vida se encontró que la mayor puntuación promedio la obtuvieron las dimensiones desempeño

emocional, desempeño físico y salud general; mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental, función social, función física, vitalidad y dolor físico. Esto se muestra en el cuadro 8.

**CUADRO 8:** Media y desviación estándar de los puntajes obtenidos en la escala transformada del cuestionario SF-36 para las ocho dimensiones de la calidad de vida.

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESVIACIÓN ESTÁNDAR</b>
Función física	48,5	22,5
Desempeño físico	64,3	20,8
Dolor físico	49,6	26,3
Salud general	58,5	18,7
Vitalidad	49,0	16,2
Función social	46,5	23,3
Desempeño emocional	76,0	35,6
Salud mental	38,8	14,5

Al compararse la media del puntaje obtenido para cada dimensión de calidad de vida en varones y mujeres, se observó que estos fueron significativamente mayores en las mujeres en comparación con los varones en la dimensión dolor físico (Prueba t de Student;  $p=0,004$ ). No se encontró diferencia significativa en el puntaje en las siete dimensiones restantes (Cuadro 9).

**CUADRO 9:** Comparación estadística de los puntajes obtenidos en la escala transformada del cuestionario SF-36 para las ocho dimensiones de la calidad de vida según sexo.

<b>Dimensiones de calidad de vida</b>	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Valor p</b>
Función física	Varón	150	47,5	24,8	0,431
	Mujer	147	50,0	20,0	
Desempeño físico	Varón	150	63,5	21,8	0,499
	Mujer	147	65,1	19,8	
Dolor físico	Varón	150	45,3	24,6	0,004
	Mujer	147	54,1	27,2	
Salud general	Varón	150	57,7	19,5	0,476
	Mujer	147	59,3	17,9	
Vitalidad	Varón	150	48,5	15,9	0,587
	Mujer	147	49,5	16,5	
Función social	Varón	150	44,8	24,0	0,193
	Mujer	147	48,3	22,6	
Desempeño emocional	Varón	150	73,6	37,5	0,234
	Mujer	147	78,5	33,5	
Salud mental	Varón	150	39,6	15,0	0,379
	Mujer	147	38,1	14,0	

Al compararse la media del puntaje obtenido para cada dimensión de calidad de vida según la persona con la que el adulto mayor vivía regularmente (Cuadro 10), se encontró diferencia significativa en la dimensión vitalidad ( $p=0,007$ ) observándose que los que vivían con otras personas tenían puntaje significativamente mayor en comparación con los que vivían con sus hijos (Prueba de Tukey;  $p=0,004$ ) y con los que vivían solos (Prueba de Tukey;  $p=0,011$ ). No se encontró diferencia significativa en los puntajes para las siete dimensiones restantes de calidad de vida restantes.

**CUADRO 10:** Comparación estadística de los puntajes obtenidos en la escala transformada del cuestionario SF-36 para la dimensión vitalidad según la persona con la que vive el adulto mayor.

<b>Dimensiones de calidad de vida</b>	<b>Persona con quien vive</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Valor p</b>
Vitalidad	Cónyuge	54	48,8	16,4	0,007
	Hijos	77	46,2	17,4	
	Cónyuge, hijos y nietos	92	50,0	15,3	
	Solo	49	46,4	14,4	

Con otras personas	25	59,2	15,2
-----------------------	----	------	------

Al compararse la media del puntaje obtenido para cada dimensión de calidad de vida según ocupación, existió diferencia significativa para la dimensión dolor físico (ANOVA;  $p=0,004$ ) observándose que estos fueron significativamente mayores en los trabajadores impagos o en los que no trabajaban en comparación con los jornaleros y peones en la dimensión dolor (Prueba T3 Dunnett;  $p=0,005$ ). También existió diferencia significativa en los puntajes obtenidos según ocupación para la dimensión salud mental (ANOVA;  $p=0,032$ ) observándose que estos fueron significativamente mayores en los trabajadores impagos o que no trabajaban en comparación con los jornaleros y peones (Prueba T3 Dunnett;  $p=0,034$ ). Esto se muestra en el cuadro 11. No se encontró diferencia significativa en el puntaje en las seis dimensiones restantes.

**CUADRO 11:** Comparación estadística de los puntajes obtenidos en la escala transformada del cuestionario SF-36 para la dimensiones dolor físico y salud mental según ocupación del adulto mayor.

Dimensiones de calidad de vida	Ocupación	N	Media	Desviación estándar	Valor p
Dolor físico	Productores	75	45,3	26,9	0,004
	Jornaleros y peones	65	42,2	24,1	
	Empleados y operarios	4	58,0	28,0	
	Impago o no trabaja	153	54,7	25,9	
Salud mental	Productores	75	36,6	14,0	0,032
	Jornaleros y peones	65	36,1	10,8	
	Empleados y operarios	4	34,0	9,5	
	Impago o no trabaja	153	41,2	15,8	

Al evaluarse el puntaje obtenido con el cuestionario SF-36 según dimensiones de calidad de vida se encontró que los adultos mayores intervenidos por el modelo de atención integral tuvieron puntaje significativamente mayor a los no intervenidos sólo en la dimensión salud mental. No existió diferencia en las

medias de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos en las 7 dimensiones restantes. Esto se muestra en el cuadro 12.

**CUADRO 12:** Comparación de medias de puntajes según dimensiones de calidad de vida en adultos mayores intervenidos y no intervenidos por el modelo de atención integral en la comunidad de Zapotal Nuevo.

<b>Dimensiones de calidad de vida</b>	<b>Intervención</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Valor p</b>
Función física	Sí	152	49,0	21,3	0,738
	No	145	48,1	23,8	
Desempeño físico	Sí	152	64,6	20,0	0,781
	No	145	64,0	21,6	
Dolor físico	Sí	152	50,0	27,0	0,787
	No	145	49,2	25,6	
Salud general	Sí	152	59,3	18,4	0,448
	No	145	57,7	19,1	
Vitalidad	Sí	152	49,3	16,5	0,715
	No	145	48,6	15,8	
Función social	Sí	152	45,0	22,4	0,251
	No	145	48,1	24,2	
Desempeño emocional	Sí	152	77,5	33,8	0,475
	No	145	74,5	37,5	
Salud mental	Sí	152	40,7	16,1	0,022
	No	145	36,9	12,2	

#### 4.4. Discusión

En los últimos años, la población adulta mayor se ha incrementado de manera considerable a nivel mundial, principalmente debido al mejoramiento de las condiciones y expectativa de vida. Ante este aumento poblacional, se hace necesario realizar estudios que no sólo estén centrados en la morbilidad, los factores de riesgos y la prevalencia de enfermedades crónicas en personas adultas mayores, sino orientadas a la calidad del envejecimiento y al bienestar psicológico. En otras palabras, un énfasis en la disminución de la situación de vulnerabilidad a la que se ven expuestos tal como el impacto que vivencia el adulto mayor en su calidad de vida producto de los eventos que se desarrollan

en el proceso de envejecimiento y en el contexto de su comunidad (Ursúa y Navarrete; 2013). El ejercicio físico, las actividades recreativas y culturales, vienen a constituir un elemento primordial en esta etapa de la vida; si bien es cierto, la participación en ello constituye una necesidad en todos los momentos de la vida. Así se logra un mayor aprovechamiento del tiempo para ejercitarse y establecer una mayor conciencia de cuáles son los beneficios que se obtienen al participar activamente de programas con este enfoque (Rodríguez Hernández; 2006).

La presente tesis muestra que los adultos mayores de la comunidad Zapotal Nuevo del cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos) presentan una calidad de vida media a baja, con varias dimensiones con puntajes por debajo del 50% (Vitalidad, función social, salud mental). Los puntajes obtenidos son inferiores a los reportados en América por Navarro-Elías y col. en la ciudad de Celaya (México; 2011), Coronado-Gálvez y col. en la ciudad de Chiclayo (Perú; 2009) y también se encuentran por debajo de lo reportado en países de Europa y Asia de acuerdo a las investigaciones de Demiral (Turquía; 2006), Guayar-Castillón y col. (España; 2004) y Walters y col. (Inglaterra; 2001).

Desde el punto de vista de la calidad de vida, los adultos mayores estudiados percibieron con mayor frecuencia que su calidad de vida era regular y comparativamente en el tiempo, cerca de la mitad consideraba que se encontraba algo o mucho peor que hace un año. Desde el punto de vista funcional, aproximadamente dos tercios de la población evaluada o no tenían o tenían poca limitación para llevar bolsas de compra, para subir un piso por la escalera, para agacharse, arrodillarse o ponerse de cuclillas o caminar medio kilómetro. Sin embargo, la tercera parte reconoció presentar mucha limitación para actividades moderadas e intensas y cuatro de cada diez consideró presentar mucha limitación para la realización de actividades cotidianas como bañarse o vestirse. Dichas limitaciones han obligado a al menos siete de cada diez adultos mayores a reducir el tiempo que dedicaban al trabajo, a hacer menos de lo que deseaban hacer, a limitarse en el tipo de trabajo que realizaban y a disminuir el tiempo que dedicaban al trabajo u otras actividades.

Un aspecto muy relevante sobre la funcionalidad del adulto mayor es la actividad laboral ya que se observó que los adultos mayores impagos o desempleados tienen menor calidad de vida que los jornaleros. Esta es una problemática común a la observada en otros países como México donde Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010 encontró que sólo la tercera parte de los adultos mayores evaluados contaban con un empleo y de ellos, la mayoría laboraba en el sector informal u ocupaban puestos laborales con retribución monetaria muy baja (Gómez Zermeño y Peña Cereceres; 2013).

La necesidad de intervenciones orientadas a la población adulta mayor en la comunidad, a mediano y largo plazo, encaminados a mantener y ampliar las capacidades a través de la educación, la capacitación y el entrenamiento, debe ser una prioridad para todos los Estados y para los integrantes de una sociedad. Esto se refiere a no convertir a los adultos mayores en un objeto de caridad, sino más bien a promover una transformación en la sociedad que sea sensible y esté consciente de que el adulto mayor es sujeto de derechos, entre ellos, el derecho a formar parte en la vida familiar, social, comunitaria, económica y política del país. Una manera de contribuir a esta transformación es brindar a los adultos mayores herramientas para el desarrollo cognitivo que les permitan ser más independientes de la ayuda asistencial (Gómez Zermeño y Peña Cereceres; 2013).

Las evidencias recopiladas en la presente tesis sobre la calidad de vida de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos por el modelo de atención integral del Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador muestran que en la investigación realizada en el distrito 4 circuito 5 de la localidad de Zapotal Nuevo, el grupo intervenido experimenta similar calidad de vida que el no intervenido, independientemente de los factores socio económicos. Asimismo, se observó que los puntajes obtenidos en siete de las ocho dimensiones evaluadas no difirieron significativamente en los adultos mayores intervenidos en comparación con los no intervenidos por el modelo de atención integral, salvo en la dimensión de salud mental en la que la media fue superior en el grupo intervenido aunque ambos grupos obtuvieron un puntaje promedio bajo (Por debajo de 50).

Posibles explicaciones podrían ser que existen procesos en la implementación del modelo de atención integral que no funcionan adecuadamente en la población adulta mayor, que el modelo de atención integral no considera a las características socioeconómicas de los adultos mayores (De por sí una amplia fracción tienen condiciones limitantes), que el programa se centra en actividades de salud y no considera de forma suficiente la integración del adulto mayor con su comunidad ni una red de apoyo comunitario, que no integra de manera adecuada a los actores sociales de la comunidad que podrían ser aliados y que la cobertura del modelo de atención integral del Ministerio de Salud Pública es insuficiente ya que alcanza a algo más de la mitad de adultos mayores en gran medida por el déficit de recursos humanos. Otra limitación que podría afectar a la implementación del modelo de atención integral es la dificultad para el acceso a los adultos mayores ya que la población es dispersa lo cual fue confirmado durante la recolección de datos de la presente tesis.

Cerca de la mitad de los adultos mayores evaluados eran viudos o solteros, trabajadores impagos o desempleados y con ingreso mensual menor que el sueldo mínimo. Dichas características son importantes debido a que deben ser consideradas como limitantes para la implementación de programas orientados a la calidad de vida de los adultos mayores y a que este grupo en particular es el más vulnerable por lo que debe ser priorizado para cualquier intervención (Coronado-Gálvez; 2009).

La utilización de instrumentos específicos para la medición de la calidad de vida en la población adulta mayor favorece una evaluación integral de las diversas dimensiones que condicionan el bienestar del adulto mayor, dado que permite obtener información específica sobre la vivencia de la persona en esa etapa de su vida (Cortés, 2011), como ocurre con el cuestionario SF-36, el cual fue empleado para medir la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores de la comunidad de Zapotal Nuevo del Cantón Ventanas.

Si bien es cierto que el cuestionario SF-36 fue creado para la medición de la calidad de vida en población general y personas con enfermedades (No

exclusivamente para la evaluación de adultos mayores), durante la recolección de datos se confirmó lo establecido por algunos autores (Botero de Mejía y Pico de Merchán; 2007) en el sentido de que la principal ventaja del cuestionario SF-36 es que permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de los diferentes individuos o de grupos poblacionales, mediante la aplicación personal y directa del cuestionario para su posterior valoración. En la presente tesis, el cuestionario SF-36 fue fácil y rápido de aplicar siendo comprendido por la población objetivo de adultos mayores de Zapotal Nuevo así como por sus familiares.

La presente tesis no ha contado con limitaciones importantes ya que se contó con instrumentos validados para la evaluación de la calidad de vida (Como ocurre con el cuestionario SF-36) y fue posible acceder a casi la totalidad de adultos mayores de la comunidad de Zapotal Nuevo (97.2%) aunque la dispersión de las viviendas ofreció alguna dificultad para la recolección de datos. Sin embargo, no debe olvidarse de que el cuestionario SF-36 no incluye algunos conceptos importantes como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual (Vilagut, 2005).

Debido a que la presente investigación no contó con financiamiento, se capacitó a estudiantes de la carrera de enfermería del quinto semestre y promotoras de la comunidad intervenida quienes se convirtieron en una fortaleza al momento del trabajo de campo, por lo que podrían ser consideradas en futuras investigaciones y/o intervenciones comunitarias orientadas al adulto mayor.

## **CAPITULO 5. IMPACTOS**

El individuo hombre o mujer adultos mayores, por su condición natural tienden a sufrir constantemente complicaciones en su estado de salud, cada dos o seis meses, como lo indican los resultados de la encuesta realizadas, son muy comunes los dolores a los huesos, además presentan dificultades al caminar y tienden a perder la movilidad, lo que dificulta mantener estilos de vida saludables.

Lamentablemente las unidades hospitalarias del sector no brindan la atención necesaria a este grupo poblacional, enfocada más su atención al niño y la madre con programas específicos.

Este hecho ocasiona que las personas de la tercera edad, carezcan de una atención permanente y personalizada que permita identificar su estado de salud y prevenir enfermedades, de igual manera, la ausencia de programas de capacitación sobre auto cuidado y actividades productivas y/o de recreación contribuye a complicar más aún la problemática, convirtiéndose en personas cada vez más enfermas e improductivas.

Esta situación problemática descrita, nos ha motivado plantear una propuesta de acción que busca mejorar la calidad de vida de este sector de la población y disminuir los casos de morbilidad; promoviendo el desarrollo de un “Centro de atención integral del día de Adultos Mayores”, que habitan en la localidad de Zapotal nuevo del cantón Ventanas y áreas de influencia, que abarca actividades recreativas, salud preventiva, curativa de rehabilitación, permitiéndoles la integración a las actividades productivas de la comunidad.

## CONCLUSIONES

1. La calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Ventanas intervenidos por el Modelo de Atención integral del Adulto Mayor no difiere significativamente de los no intervenidos.
2. No existe diferencia significativa en la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Ventanas intervenidos por Modelo de Atención integral del Adulto Mayor en las dimensiones relacionadas a salud física. (Función física, desempeño físico, dolor físico y salud general). se encontró que la mayor puntuación promedio la obtuvieron las dimensiones desempeño físico y salud general; mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones función física, y dolor físico.
3. No existe diferencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Ventanas intervenidos por Modelo de Atención integral del Adulto Mayor en la mayoría de las dimensiones relacionadas a salud mental (Vitalidad, desempeño emocional, función social) se encontró que la mayor puntuación promedio la obtuvieron las dimensiones desempeño emocional, mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental, función social y vitalidad.
4. Algunas dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor fueron influenciadas por la ocupación y por el soporte brindado por la persona con la que vivía el adulto mayor.
5. El sexo no influyó significativamente la calidad de vida de los adultos mayores.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda dos acciones puntuales:

1. Realizar un estudio para determinar los factores que inciden en la falta de efecto de las acciones del personal de salud en la aplicación del modelo integral de salud propuesto por el ministerio de salud pública del Ecuador.
2. Aplicar la propuesta “**Centro de Atención Integral del día del adulto/a mayor**” en la localidad del Zapotal nuevo como un plan piloto que permita visualizar los avances en la salud integral de los Adultos Mayores de la localidad.
3. Fortalecer el modelo de atención integral, con la intervención de los responsables designados por el Ministerio de Salud Pública.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABC. (s.f.). Aceptación Concepto. En Definición ABC. Consultado el 21 de mayo de 2015, a partir de <http://www.definicionabc.com/general/aceptacion.php>
2. Acosta Quiroz, C.O., Dávila Navarro, M.C., Rivera Iribarren, M. & Paz Rivas López, J. (2010). Actividades de la vida diaria y envejecimiento exitoso. En: Gutiérrez L.M., Gutiérrez, J. (coord). Envejecimiento Humano: Una visión trasdisciplinaria. México: Instituto de Geriátría. p. 147-156.
3. Acosta Quiroz, C.O., González-Celis Rangel, A.L.M. (2009). Actividades de la vida diaria en Adultos Mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*. 19 (2): 289-293.
4. Anónimo. Alteraciones de salud en los adultos mayores y su cuidado - cuidado de enfermería al adulto y la familia. Recuperado el 21 de mayo de 2015, a partir de: <http://cuidadodeenfermeriaaladultomayor.weebly.com/alteraciones-de-salud-en-los-adultos-mayores-y-su-cuidado.html>.
5. Barrios, A.R. (2010). Diseño de un proyecto comunitario de actividades físicas – deportivas - recreativas, que respondan a la mejora de la calidad de vida de las y los estudiantes, del Liceo Bolivariano "José Félix Sosa", Urbanización Caprenco, Municipio Naguanagua - Estado Carabobo. [Tesis para optar el grado de Magíster en Actividad Física en la Comunidad] Valencia. Recuperado el 21 de mayo de 2015, a partir de <http://www.monografias.com/trabajos82/proyecto-comunitario-actividades-fisicas/proyecto-comunitario-actividades-fisicas2.shtml>.
6. Botero de Mejía, B.E., Pico Merchán, M.E (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*,12,11-24.

7. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial 449. Recuperado a partir de [http://ecuadorforestal.org/wp-content/uploads/2010/05/Constitucion\\_de\\_la\\_republica\\_del\\_ecuador\\_20081.pdf](http://ecuadorforestal.org/wp-content/uploads/2010/05/Constitucion_de_la_republica_del_ecuador_20081.pdf).
8. Coronado Gálvez, J.E., Díaz Vélez, C., Arequipa Benavides, J.P., Manrique González, L.M., Apolaya Segura, M.A. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Médica Peruana*, 26, 230-238.
9. Cortés N, A.R., Villarreal R, E., Galicia R, L., Martínez G, L., Vargas D, E.R. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista Médica de Chile*, 139(6), 725-731.
10. Anónimo. (2009). ¿Qué diferencias existen entre efectividad, eficiencia y eficacia?. Recuperado el 19 de mayo de 2015, a partir de <https://desalud.wordpress.com/2009/05/24/%C2%BFque-diferencias-existen-entre-efectividad-eficiencia-y-eficacia/>
11. Definición ABC. Definición de Desarrollo social. Recuperado el 21 de mayo de 2015, a partir de <http://www.definicionabc.com/social/desarrollo-social.php>
12. Pérez Porto, J. (2008). Definición de conocimiento. Consultado el 21 de mayo de 2015, a partir de <http://definicion.de/conocimiento/>
13. González Platas, M. (2012). Módulo 4. Calidad de vida. Recuperado el 21 de mayo de 2015, a partir de <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/esclerosis/esclerosis-multiple/calidad-vida-esclerosis-multiple/definician>.
14. Delgado Castillo, M.G. (2005). Estudio de factibilidad para la instalación de un gimnasio femenino con: gimnasia activa, gimnasia pasiva y servicios estéticos en la ciudad de Quito. [Tesis]. Ecuador: Universidad Internacional SEK Recuperado el 21 de mayo de 2015, a partir de <http://repositorio.uisek.edu.ec/jspui/handle/123456789/849>
15. Demiral, Y., Ergor, Gul., Unal, Belgin., Semin, Semih., Akvardar ,Yildiz., Kivircik, Berna., et al. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*. 2006;6:247.

16. Anónimo. (2015). Ecuador - Esperanza de vida al nacer 2015. Recuperado el 20 de mayo de 2015, a partir de <http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/ecuador>.
17. Anónimo. (2013). Adulto Mayor - Concepto, Definición. En: Qué es Adulto Mayor. Consultado el 20 de mayo de 2015, a partir de <http://edukavital.blogspot.com/2013/03/adulto-mayor.html>.
18. Gault, M.L., Willems, M. (2013). Aging, Functional Capacity and Eccentric Exercise Training. *Aging and Disease*, 4(6); 351-363.
19. Ferrer, P. (2012). Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional. En: Cuidados en el Anciano. Recuperado el 20 de mayo de 2015, a partir de: [http://cuidadosenelanciano.blogspot.com/2012\\_03\\_01\\_archive.html](http://cuidadosenelanciano.blogspot.com/2012_03_01_archive.html).
20. Gómez Zermeño, M.G., Cereceres, J.P. (2013). Adultos Mayores. Un estudio socioeducativo en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 35; 64-90.
21. Guallar-Castillón, P., Santa-Olalla Peralta., Banegas, P., López, E., Rodríguez-Artalejo, F. (2004). Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 123(16), 606-10.
22. Lenardt, M.H., Carneiro, N.H.K., Betioli, S.E., Kohlbeck de Melo, D., Wachholz, P. A. (2013). Prevalencia de prefragilidad para el componente velocidad de la marcha en ancianos. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 21 (3), 8.
23. Letelier, L.M., Andrade, M., Corbalán, J., Frenkel, J., Neumann, I. (2006). Investigación Clínica Aplicada a la Toma de Decisiones Terapéuticas en Medicina Interna. Manual de Evidencia. [Ed. revisada del original del 2003]. Chile: Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile Recuperado el 21 de mayo de 2015, a partir de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/mbe2001/fondedoc/parte5.htm>.
24. LOS RÍOS - los\_rios.pdf. (s/f). Recuperado a partir de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual-lateral/Resultados-provinciales/los\\_rios.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual-lateral/Resultados-provinciales/los_rios.pdf)
25. Lucio, R., Villacrés, N., Henríquez, R. (2011). Sistema de Salud de Ecuador. *Salud Pública de México* 53 (supl 2), S177-187.

26. Madrid Mazorra, F.J. (2004). Fundamentos teóricos para la planificación de actividades ocupacionales en un Centro de Día de Salud Mental. Recuperado el 21 de mayo de 2015, a partir de <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Fund Teoricos plani activid ocup centro salud mental.shtml>.
27. Martínez Coll, J, C. (2001). Conceptos Demográficos. En: "Demografía" en La Economía de Mercado, virtudes e inconvenientes. (Ed. del 23 de mayo de 2007). Recuperado el 20 de mayo de 2015, a partir de <http://www.eumed.net/cursecon/2/demografia.htm>.
28. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013. 2º ed. Recuperado a partir de [http://www.inclusion.gob.ec/wp? content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_adultos.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp? content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_adultos.pdf).
29. Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Ecuador: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Recuperado a partir de <http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual MAIS-MSP12.12.12.pdf>.
30. Navarro Elías, M.G., Leiton Espinoza, Z.E., Ojeda Vargas, M.G., Villanueva Benites, M.E. (2013). Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el área urbana-México. Enfermería Investigación y Desarrollo, 11(2), 77-95.
31. OMS. Día Internacional de las Personas Mayores. Recuperado el 3 de noviembre de 2015, a partir de [http://www.who.int/ageing/events/idop\\_rationale/es/](http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/).
32. OMS | Salud mental: un estado de bienestar. (s/f). Recuperado el 3 de noviembre de 2015, a partir de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).
33. Organización Mundial de la Salud. Concepto de salud según la OMS. (s/f). Recuperado el 20 de mayo de 2015, a partir de <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>.
34. OPS/OMS., U.S. Instituto Nacional de Envejecimiento, Oficina del Censo de los Estados Unidos. Envejecimiento en las Américas

- proyecciones para el siglo XXI - (s/f). Recuperado el 20 de mayo de 2015 a partir de <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/ageams.pdf>.
35. Prado, C. La Antropología y la salud de l@s mayores. [63 diapositivas]. Recuperado a partir de <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/antropometria/Biologia%20del%20Envejecimiento-PRADO.pdf>.
36. Real Academia Española (2014). Vejez. En: Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Ed. Espasa. Consultado el 20 de mayo de 2015, a partir de [http://www.diccionarios.com/diccionarioenciclopedico/detalle.php?palabra=vejez&dicc\\_40=o](http://www.diccionarios.com/diccionarioenciclopedico/detalle.php?palabra=vejez&dicc_40=o).
37. Rodríguez Hernández, Mynor. (2006). El ejercicio físico y la calidad de vida en los adultos mayores. Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica, 6(7), 134-142.
38. Saravia, C.M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida (2009). Su papel en las teorías del envejecimiento. Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 20(4): 172-174.
39. Urzúa M, A., Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. Revista Médica de Chile, 141(1), 28-33.
40. Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miranda, G., Quintana, J., et al. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria 19(2),135-150.
41. Walters, Stephen; Munro, James; Brazier, John. (2001). Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. Age and Ageing, 30(4), 337-43.

## ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario SF-36

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD  
CuestionarioSF-36

Nombre y Apellidos:			Nro.	
Parroquia		Sector:		
Fecha:		Encuestador:		

**Instrucciones:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

**1.- En general ¿diría usted que su salud es? (Marque un solo número)**

	1. Excelente
	2. Muy buena
	3. Buena
	4. Regular
	5. Mala

**2.- ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual comparado con lo de hace un año? (Marque un solo número)**

	1. Mucho mejor ahora que hace un año
	2. Algo mejor ahora que hace un año
	3. Más o menos igual ahora que hace un año
	4. Algo peor que hace un año
	5. Mucho peor ahora que hace un año

**3.- Las siguientes preguntas de refieren a actividades que puede hacer en un día normal. Su estado de salud actual lo/la limita en estas actividades? Si es así ¿Cuánto? (Marque un número en cada línea)**

		Si me limita mucho (1)	Si me limita poco (2)	No me limita para nada.(3)
a	Actividades intensas como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores.			
b	Actividades moderadas tales como: mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar futbol, montar en bicicleta.			
c	Levantar o llevar bolsas de compras.			
d	Subir varios pisos por las escaleras			
e	Subir un piso por la escalera			
f	Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas			
g	Caminar más de un kilómetro (10 cuadras)			
h	Caminar medio kilómetro (5 cuadras)			
i	Caminar 100 metros (1 cuadra)			

j	Bañarse o vestirse			
---	--------------------	--	--	--

**4.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física? (Marque un número en cada línea)**

		Si ( 1 )	No( 2 )
a.	Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u a otras actividades?		
b.	Ha podido hacer menos de lo que usted deseaba hacer?		
c.	Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajos u otras actividades?		
d.	Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades? ( por ejemplo le ha costado más esfuerzo?)		

**5.-Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse ansioso/a, deprimido/a)? (Marque un número en cada línea)**

		Si (1)	No (2)
a.	Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u a otras actividades?		
b.	Ha podido hacer menos de lo que usted deseaba hacer?		
c.	Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado que lo usual?		

**6.- Durante las últimas semanas. ¿En qué medida su salud física o sus problemas adicionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?(Marque un solo número)**

	1. Nada absolutamente
	2. Ligeramente
	3. Moderada
	4. Bastante
	5. extremadamente

**7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas? (Marque un solo número.)**

	1. Ninguno
	2. Muy poco
	3. Poco
	4. Moderado
	5. Mucho
	6. Muchísimo

**8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)? (Marque un solo número.)**

	1. Nada en absoluto
	2. Un poco
	3. Moderadamente
	4. Bastante
	5. Extremadamente

**9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han salido las cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas... (Marque un número en cada línea.)**

		Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Casi nunca 5	Nunca 6
a	Se ha sentido lleno/a de vitalidad?						
b	Ha estado muy nervioso/a?						
c	Se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a?						
d	Se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?						
e	Ha tenido mucha energía?						
f	Se ha sentido desanimado/a y triste?						
g	Se ha sentido agotado/a?						
h	Se ha sentido feliz?						
i	Se ha sentido cansado/a?						

**10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? (Marque un solo número.)**

	1 Siempre
	2. Casi siempre
	3. Algunas veces
	4. Casi nunca
	5. Nunca

**11. ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones? (Marque un número en cada línea.)**

		Totalmente cierta 1	Bastante cierta 2	No sé 3	Bastante falsa 4	Totalmente falsa 5
a	Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas					
b	Estoy tan sano/a como cualquiera.					
c	Creo que mi salud va a empeorar.					
d	Mi salud es excelente.					

**12. Al concluir el día se siente (Marque un solo número.)**

	1. lleno de vitalidad
	2. mucha energía
	3. agotado
	4. cansado

## Anexo 2. Libro de códigos

INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	CÓDIGOS	DESCRIPCIÓN
Intervenido No intervenido	Intervenido No intervenido	2 Si 1 No	Se utilizará números arábigos, en su orden
Capacidad para realizar actividades intensas, moderadas o leves.	Si me limita mucho Si me limita poco  No me limita para nada.	1 Si me limita mucho 2 Si me limita poco  3 No me limita para nada	Se utilizará números arábigos, en su orden ultimo numero será para codificar la respuesta "no responde"
Desempeño físico	Si No	2 Si 1 No	Se utilizará números arábigos, en su orden
Vitalidad	Lleno de vitalidad Mucha energía Agotado Cansado	4 Lleno de vitalidad 3 Mucha energía 3 Agotado 2 Cansado	Se utilizará números arábigos, en su orden.
Percepción de salud general	Excelente Muy buena Buena Regular Mala	5 Excelente 4 Muy buena 3 Buena 2 Regular 1 Mala	Se utilizará números arábigos, en su orden.
	Totalmente cierta Bastante cierta No sé Bastante falsa Totalmente falsa	5 Totalmente cierta 4 Bastante cierta 3 No sé 2 Bastante falsa 1 Totalmente falsa	Se utilizará números arábigos, en su orden.
Calificación del estado de salud en comparación con hace un año.	Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año Más o menos igual ahora que hace un año Algo peor que hace un año Mucho peor ahora que hace un año	5 Mucho mejor ahora que hace un año 4 Algo mejor ahora que hace un año 3 Más o menos igual ahora que hace un año 2 Algo peor que hace un año 1 Mucho peor ahora que hace un año	Se utilizará números arábigos, en su orden.
Desempeño emocional	Sí No	2 Si 1 No	Se utilizará números arábigos, en su orden.
Percepción de estado de salud mental	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Casi nunca Nunca	6 Siempre 5 Casi siempre 4 Muchas veces 3 Algunas veces 2 Casi nunca 1 Nunca	Se utilizará números arábigos, en su orden.
Dolor físico	Ninguno Muy poco Poco Moderado Mucho	1 Ninguno 2 Muy poco 3 Poco 4 Moderado 5 Mucho	Se utilizará números arábigos, en su orden.

	Muchísimo	6Muchísimo	
Frecuencia de problemas de salud que interfieren con actividades sociales	Nada absolutamente Ligeramente Moderada Bastante	1Nada absolutamente 2 Ligeramente 3 Moderada 4 Bastante	Se utilizará números arábigos, en su orden ultimo numero será para codificar la respuesta "no responde"
	Nada en absoluto Un poco Moderadamente	1Nada en absoluto 2 Un poco 3 Moderadamente	Se utilizará números arábigos, en su orden.

### **Anexo 3. Formulario de consentimiento informado**

**TITULO DEL ESTUDIO:** CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN UNA COMUNIDAD DEL CANTON VENTANAS-LOS RIOS INTERVENIDA CON EL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD AÑO.

Le estamos pidiendo que participe en este estudio. Usted no tiene que participar si no desea. Si dice que sí, puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. Por favor tome todo el tiempo que necesite para decidir. Su atención médica no cambiará de manera

#### **¿Para qué se firma este documento?**

Lo firma para poder participar en el estudio.

#### **¿Por qué se está haciendo este estudio de investigación?**

Queremos saber más sobre cómo viven los Adultos Mayores. Este estudio nos ayudará a determinar como el modelo de atención integral del Adulto Mayor ha contribuido en la calidad de vida del Adulto Mayor. Les estamos pidiendo a personas como usted, que son Adultos Mayores para que nos ayuden.

#### **¿Qué pasa si digo “sí, quiero participar en el estudio”?**

Si dice que sí:

- ✓ Le preguntaremos sobre, por ejemplo, su salud, lo que come y si hace ejercicio, fuma o toma alcohol, y cuáles medicinas toma, etc.
- ✓ Le daremos un formulario con preguntas para que usted las conteste.
- ✓ Si quiere, podemos leerle las preguntas en voz alta y escribir sus respuestas en el formulario.
- ✓ Estas preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas. Puede saltar cualquier pregunta si no quiere contestarla.

#### **¿Cuánto tiempo tomará el estudio?**

El estudio tomará alrededor de 10 minutos de su tiempo.

#### **¿Qué pasa si digo “no quiero participar en el estudio”?**

Nadie le tratará de manera diferente. A usted no se le penalizará. No perderá ningún otro beneficio. La atención que recibe de su distrito de salud no cambiará.

#### **¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?**

Usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. A usted no se le penalizará. La atención que recibe de su distrito de salud no cambiará.

#### **¿Quién verá mis respuestas?**

Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta.

#### **¿Me costará algo participar en el estudio?**

No.

#### **Participar en el estudio, ¿me ayudará de alguna manera?**

Participar en este estudio ayudará a que se mejore la calidad de atención dirigida a los Adultos Mayores.

**¿Me pagarán por mi tiempo?**

No

**Participar en este estudio, ¿podría ser malo para mí, de alguna manera?**

Sí. Hay una posibilidad de que: Las preguntas le puedan hacer sentir triste o hacerle sentir mal.

**¿Qué debo hacer si tengo preguntas?**

Por favor llame al director del estudio que es Lcda. Betty Mazacon Roca, teléfono 0993182445 También puede llamar a la oficina encargada de investigaciones 052-745125 para preguntar sobre este estudio si:

Tiene alguna pregunta sobre el estudio. Tiene preguntas sobre sus derechos. Cree que se ha lesionado de alguna manera por participar en este estudio.

**¿Tengo que firmar este documento?**

No. Fírmelo solamente si desea participar en el estudio.

**¿Qué debo hacer si quiero participar en el estudio?**

Tiene que firmar este documento. Le entregaremos una copia. Al firmar este documento está diciendo que:

Está de acuerdo con participar en el estudio. Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Usted sabe que: No tiene que contestar preguntas que no quiera contestar. En cualquier momento, puede dejar de contestar nuestras preguntas y no le pasará nada a usted.

Puede llamar a la oficina encargada de investigaciones al 052-745125 si tiene alguna pregunta sobre el estudio o sobre sus derechos.

\_\_\_\_\_  
Su nombre (en letra de molde) y firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si otra persona firma este formulario a nombre del participante, explique por qué:

\_\_\_\_\_ Relación o parentesco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal (en letra de molde) y firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que explica el consentimiento y Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Anexo 4. Propuesta para la solución del problema.**

### **PROBLEMATIZACIÓN**

El individuo hombre o mujer adultos, por su condición natural tienden a sufrir constantemente complicaciones en su estado de salud, cada dos o seis meses, como lo indican los resultados de la encuesta realizadas, son muy comunes los dolores a los huesos, además presentan dificultades al caminar y tienden a perder la movilidad, lo que dificulta mantener estilos de vida saludables.

Como miembro de la familia es considerado en un 40% de los casos como carga familiar, un porcentaje similar con esfuerzo extremo ayudan con los gastos del hogar, lo que significa que todavía con sus problemas de salud tienen que continuar laborando para obtener los recursos necesarios que permitan cubrir en parte sus necesidades básicas.

Generalmente las personas que presentan problemas de movilidad tienen muy poca relación con los miembros que integran su familia, siendo en un 100% apoyado por uno de ellos, esto significa que la atención que le presta la familia está más dedicada, en un 40% a proporcionarle la alimentación y solo en un 20% atienden sus necesidades de salud y en otros casos están totalmente abandonados de la familia donde solamente reciben techo, sin que su atención sea mayormente dirigida a resolver sus problemas.

En cuanto a sus relaciones sociales en su entorno, su comportamiento está caracterizado por contar con amigos de su misma edad o condición física igualitarias con quienes establecen puntos de conversación de aspectos comunes que han ocurrido.

Según el diagnóstico inicial se puede detectar que en un 80% de las personas de la tercera edad encuestados prefieren realizar actividades

productivas más que recreativas, esto según ellos les permite de alguna manera sentirse útiles.

Solo en condiciones extremas de salud, en un 60% acuden a recibir atención médica, en otros casos, los controles médicos son muy esporádicos, esto significa que la familia y el propio Adulto Mayor poco se interesan por la prevención de enfermedades. La atención médica que prefieren para tratar sus enfermedades más se inclina por la empírica y solo el 20% de este grupo prefieren la atención de profesionales médicos, por lo que sus tratamientos más radican en la utilización de hierbas curativas o automedicación.

Lamentablemente las unidades hospitalarias del sector no brindan la atención necesaria a este grupo poblacional, enfocada más su atención al niño y la madre con programas específicos.

Este hecho ocasiona que las personas de la tercera edad, carezcan de una atención permanente y personalizada que permita identificar su estado de salud y prevenir enfermedades, de igual manera, la ausencia de programas de capacitación sobre auto cuidado y actividades productivas y/o de recreación contribuye a complicar más aún la problemática, convirtiéndose en personas cada vez más enfermas e improductivas.

En cuanto a sus hábitos, generalmente están acostumbrados a llevar una alimentación desordenada y sin control, descuidan su higiene personal, esta realidad es producto de la falta de orientación que reciben de las instituciones de salud, problema que además se extiende hasta la familia.

Los casos más frecuentes que se dan respecto al estado de salud son problemas relacionados al sistema óseo que terminan en inmovilidades, seguidos de problemas respiratorios y de circulación que se originan básicamente por la ausencia de un adecuado conocimiento sobre su problema de salud.

Cabe mencionar que las problemáticas identificadas tiene injerencia en el aspecto político, educativo, social y de salud, ya que si persiste el problema significa que no existe una verdadera política de estado e institucional que viabilice su solución, también se estaría evidenciando la escasa voluntad por el desarrollo educativo en la comunidad, lo que implica el manejo inadecuado de las personas con este tipo de inmovilidades, lo que también tiene incidencia social en virtud de que el Adulto Mayor por su estado de salud seguirá siendo considerado un problema social.

Esta situación problemática descrita, nos ha motivado plantear una propuesta de acción que busca mejorar la calidad de vida de este sector de la población y disminuir los casos de morbilidad; promoviendo el desarrollo de un **“Centro de atención integral del día de Adultos Mayores”**, que habitan en la localidad de Zapotal nuevo del cantón Ventanas y áreas de influencia, que abarca actividades recreativas, salud preventiva, curativa de rehabilitación, permitiéndoles la integración a las actividades productivas de la comunidad.

De acuerdo a lo que establece la constitución de la república del Ecuador en referencia al buen vivir, el ministerio de salud pública y demás instituciones de la provincia de los Ríos orientan sus actividades y recursos a dar cumplimiento a lo que expone la carta magna de nuestra república, en beneficio de los grupos vulnerables.

A pesar que el problema de los escasos servicios que se presta en atención a los ciudadanos/as con estas características en nacional, y se observa con mayor profundidad en las grandes ciudades del país, no deja de ser un problema que también afecta a las pequeñas localidades y ciudades del Ecuador como es el cantón Ventanas en la provincia de Los Ríos.

Este fragmento de la población que es el más vulnerable, requieren pronta atención, y para poder atenderlos, primero es necesario identificar cada caso a través de una evaluación de su condición de vida y estado de salud, para posteriormente tomar decisiones que permitan generar programas de

atención en lo que las instituciones del estado y privadas comprometan su colaboración. Identificados los casos es cuando se puede determinar la calidad de vida en que actualmente se encuentran.

Con la finalidad de mejorar el estado actual en que viven este sector de la población, es necesario el desarrollo de proyectos que estén dirigidos a la atención directa y permanente a la población y justamente para cubrir esta necesidad es que proponemos la ejecución de la presente propuesta que consiste en un “Centro de atención integral del día de Adultos Mayores” cuyo propósito es disminuir el índice de morbilidad de éste segmento de la población, mejorando considerablemente su calidad de vida.

El programa propuesto será promovido por el circuito número 5 del distrito 4, el gobierno autónomo descentralizado del cantón Ventanas de la ciudad de Ventanas , por lo que ampliará su cobertura de servicio, beneficiando directamente a un amplio sector de la comunidad como son los Adultos Mayores, e indirectamente a toda la familia en donde hay una persona que necesita atención ya que podrán acceder a este servicio de manera inmediata por la cercanía a la comunidad sin que les signifique mayores esfuerzos económicos.

Además con el proyecto en marcha, se observara menos morbilidad y mayor actividad productiva, de un grupo social que prácticamente se encontraban inactivos.

Por todo lo expuesto consideramos que el proyecto tiene relevancia científica, humana y contemporánea, debido a que se incrementa un servicio más en la atención primaria del sector lo que exige cierto nivel de preparación científica del personal asignado al área por las características que presenta la población a intervenir.

Esto conlleva a que la atención que se brinde a éste grupo, sea la adecuada, mejorando el estado de salud de un sector de la sociedad que prácticamente no ha tenido la debida atención por el simple hecho de no tener

un seguro que los proteja, contribuyendo positivamente al avance contemporáneo en la atención integral en salud.

### **Objetivo General**

Brindar atención integral permanente y controlada a los ciudadanos/as Adultos Mayores y sus familiares, de la localidad de Zapotal nuevo del cantón Ventanas y sus áreas de influencia, a través de la implementación de un “Centro de Atención Integral del día de Adultos Mayores” en el Circuito número 5 del distrito número 4 del cantón Ventanas de la provincia de Los Ríos.

### **Objetivos Específicos**

Proporcionar atención alimentaria dos veces al día, todos los días de la semana a los adultos mayores del circuito número 5 del distrito número 4 del cantón Ventanas de la provincia de Los Ríos previa una encuesta social.

Dar atención directa en actividades recreativas y productivas en espacios implementados para el efecto con calidad y calidez a la población que demande de este servicio.

Compartir charlas educativas relacionadas con dietas, higiene mental y física a través de seminarios talleres y, brigadas de gestión de vigilancia de casos graves.

Proporcionar atención médica en el campo preventivo, curativo y de rehabilitación a los adultos mayores.

## **MARCO INSTITUCIONAL**

## **ASPECTOS GEOGRÁFICOS DEL CANTÓN VENTANAS PROVINCIA DE LOS RÍOS.**

La localidad de Zapotal Nuevo perteneciente al cantón Ventanas se encuentra ubicado en las estribaciones occidentales de la cordillera de los Andes, a 28 metros sobre el nivel del mar, situada en la parte meridional de la región denominada el triángulo de oro del Ecuador, está limitada al norte con el cantón Quevedo, al sur con el cantón Urdaneta, al este con dos provincias hermanas Bolívar y Cotopaxi, y al oeste con los cantones de Quevedo y Pueblo viejo (Catastro del Cantón Ventanas).

La extensión territorial del cantón Ventanas es de aproximada de 1020 Km<sup>2</sup> y su población crece aceleradamente debido a la constante migración de sus habitantes, principalmente de la región interandina, existiendo en la actualidad aproximadamente 86.411 habitantes (Inec censo poblacional 2010).

El clima de este cantón es tropical, pero debido a la altura y a los vientos que desciende de nuestra serranía es modificado, lo que le caracteriza por ser tropical monzónico esto hace que sea fresco y seco en el verano, caluroso y lluvioso en el invierno, la temperatura fluctúa de 26 a 30 grados centígrados aproximadamente.

Por estar situado en la Región Litoral, a corta distancia de las estribaciones de Los Andes, tiene un suelo con accidentes geográficos propios de la llanura de la costa la mayor parte de su terreno es llano, con bancos, sabanas y playas, su suelo más alto es el ramal de Sibimbe y Piza de Aguacatal.

La principal red fluvial de Ventanas es el río de su mismo nombre, se origina en la provincia de Cotopaxi, al pasar por Zapotal nuevo toma este nombre y se une con los ríos Calabi grande y Calabi chico, recibe riachuelos pequeños como el Lechugal, Oncebi, el Sibimbe, para luego tomar el nombre de Río Ventanas (Catastro del cantón Ventanas).

Las aguas del río Ventanas, en tiempos pasados fueron vías de comunicación muy importantes, hoy es utilizado por la producción, riegan grandes cantidades de bananeras y producciones agrícolas, frente a la ciudad hay una playa que en verano es un centro de turismo y diversión.

La flora y fauna es variada propia de clima tropical, se cultiva toda clase de productos, arroz, maíz, fréjol, soya, hortalizas, es característica la producción de café y cacao, la zonas de mayor producción son, Chacarita, Barranco Colorado, Los Ángeles, Gramalote, Aguas Frías y la parroquia Zapotal a la cual pertenece la localidad de Zapotal Nuevo, estos productos se están sustituyendo con otros de ciclo corto y bananeras. Tenemos variedades de frutas como: naranja, aguacate, zapote, mandarina, mamey y mangos.

La producción de banano merece una mención especial como fuente de riqueza para el cantón y de trabajo a cientos de personas, sobre todo a mujeres y jóvenes, el recurso forestal es exuberante, hay madera fina como Laurel, Cedro, Pechiche, Guayacán, Naranjo, Ferman Sánchez, Teca y palo de Balsa.

En las pocas montañas que han quedado hay aves, gatos de monte, conejos, guanta, guatusas, armadillos, zorros y comadreas, en los charcos tortugas y lagartos en las pozas. Los ríos tienen variedad de peces como: Boca chico, Barbudos, Viejas, Tilapias y Campeche, la ganadería es abundante hay haciendas con diferentes razas de ganado.

En lo que se refiere a los recursos mineros, el río es fuente inagotable de piedra menuda para la construcción de carreteras, lo que ha mejorado la condición de vida de muchos trabajadores de ese lugar.

La agricultura es una actividad que genera riqueza y bienestar, el hombre en su mayoría se dedica a ésta actividad, los sembríos de café y cacao han sido remplazados con productos de ciclo corto como: arroz, maíz, maracayá, hay zonas bananeras de buena calidad, el banano ecuatoriano está entre los mejores del mundo.

En lo que se refiere a la industria no se dispone de esa fuente de riqueza, pero si la micro industria, como la elaboración de harina de guineo, confección de muebles, adaptación de pernos y repuestos en los talleres de soldadura.

El cantón cuenta con cuatro bancos en la actualidad, al servicio de la ciudadanía. banco de Fomento, Pichincha, Internacional, Guayaquil, así como también un Hospital básico, tres circuitos urbanos, siete circuitos rurales, tres clínicas particulares y 25 consultorios médicos.

## PROVINCIA DE LOS RIOS CANTON VENTANAS UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ÁREA DE SALUD Nº 5



**Provincia de los Ríos Cantón Ventanas**

El perfil Epidemiológico del circuito 5 del distrito 4 para el año 201 fue el siguiente:

**El perfil epidemiológico nos muestra las patologías de la población que esta localidad tiene que intervenir como población objeto en este proyecto**

<b>ENFERMEDADES</b>	<b>N.</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>%</b>
Infecciones respiratorias agudas	11.067	5.423	5.644	55,9
Enfermedades diarreica agudas	4434	2173	2261	22,4
Otras ITS	2139	1048	1091	10,8
*Hipertensión arterial	813	398	415	4,1
*Accidentes de tránsito	473	232	241	2,4
*Diabetes	348	171	177	1,8
*Obesidad	134	66	68	0,7
*Fiebre reumática	53	26	27	0,3
Intoxicación por plaguicidas	41	20	21	0,2
VIH	39	19	20	0,2
Las demás	242	119	123	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>19783</b>	<b>9695</b>	<b>10088</b>	<b>100</b>

Fuente INEC

La población del cantón Ventanas crece aceleradamente, debido a las constantes migraciones de habitantes de la región interandina. Para el 2.004 se proyectó una población de 75.124 habitantes, con el 51% para la zona urbana y el 49% para la zona rural, con el 52% para las mujeres y el 48% para los varones (INEC censo poblacional 2010)

Para el año 2011 la población total del cantón Ventanas ha ascendido a 86.411 habitantes, lo que revela el crecimiento acelerado de su población en los últimos años.

Además tiene una población económicamente activa a partir de los 12 años, en profesiones técnicas, agrícolas e informales, manteniéndose un mediano nivel educacional.

A pesar de que Ventanas es una ciudad progresista, va al margen de la tecnología, debido a que se consume agua intubada en el 50% de la población por la red pública y el otro restante consume agua potable, la misma que se encuentra en construcción y con un sistema de red de alcantarillado en proceso de reestructuración.

En el año 2003 fue necesario la construcción de ductos cajones para el drenaje de las aguas lluvias y así evitar las inundaciones, pero esto no ha evitado que se proliferen los mosquitos y por ende las enfermedades vectoriales.

Los actores sociales que ofrecen atención de salud pertenecen tanto al sector público como al privado, considerándose el de primer nivel de complejidad al hospital básico Dr. Jaime Roldós Aguilera el mismo que da atención al área de influencia como es el cantón Echeandía, Las Naves (Prov. de Bolívar), Puerto Pechiche (Pueblo Viejo), Aguas frías de Mocache (Quevedo).

Según los indicadores de la situación Educativa en el Ecuador publicado por el contrato social para la educación en el Ecuador, establece que los indicadores del nivel de escolaridad de la ciudad de Ventanas se presentan de la siguiente manera: Analfabetismo 11.08 %, Años de escolaridad 5.8 %, Primaria Completa 55.49 %, Secundaria Completa 11.15 %, instrucción Superior 8.48 %, Tasa neta de escolaridad básica 80.09 %, Porcentaje de repitencia 4.5 %, Porcentaje de deserción 7.7 % (Movimiento ciudadano Contrato Social para la educación en el Ecuador, Serie coleccionable, Indicadores de la situación educativa en el Ecuador 2005).

De lo que se puede notar, un bajo porcentaje de la población de la ciudad de Ventanas alcanza el nivel superior, esto significa que la mayoría de la población máximo ha llegado a ser bachiller para dedicarse a actividades laborales que les permite tener algún ingreso económico.

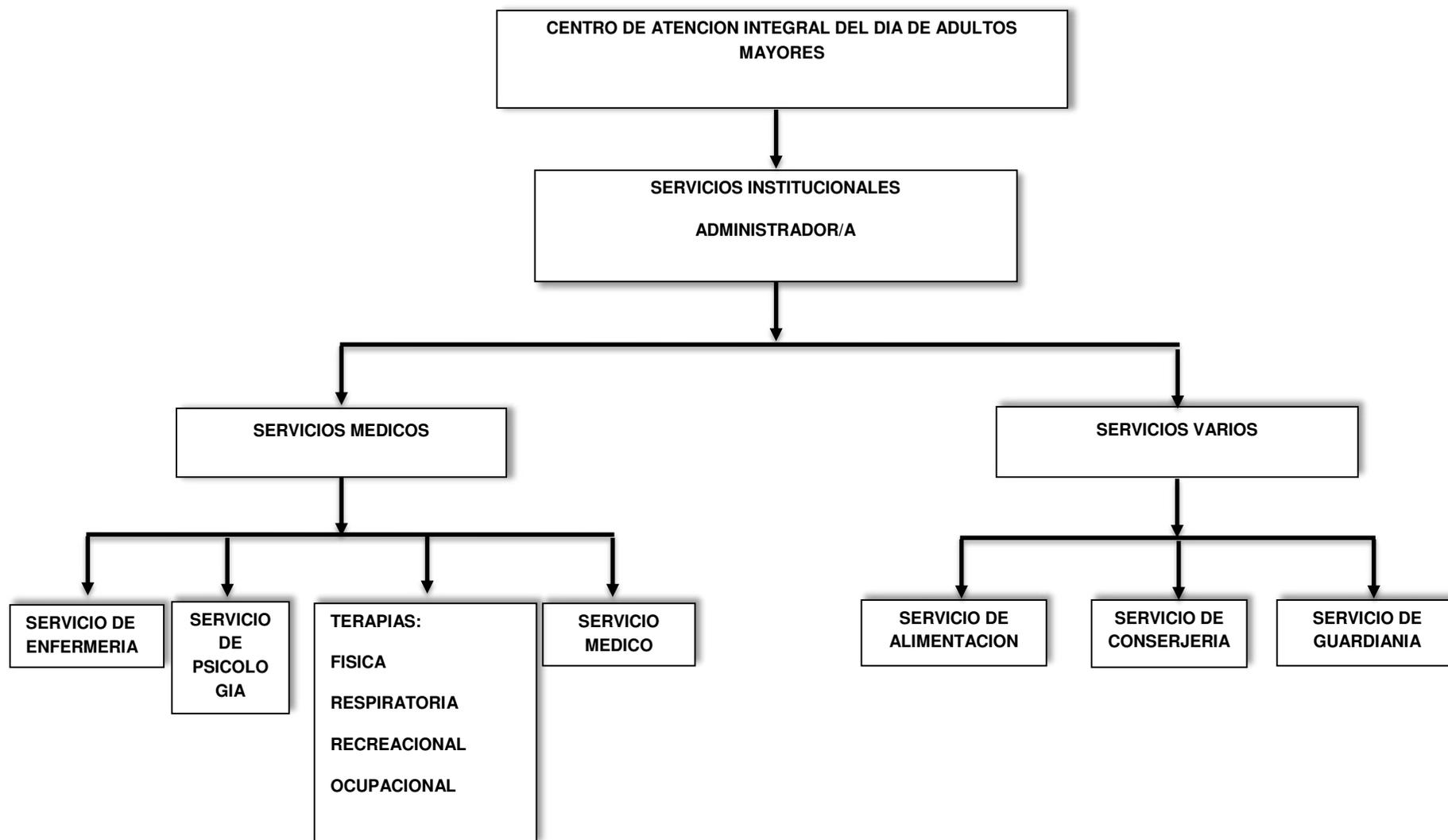
La mayoría de la población es realmente pobre lo que aproximadamente representa el 70% de los cuales 30% es de extrema pobreza, el 28% clase media y 2% clase alta.

El ingreso económico del 80% de la población recae en la responsabilidad exclusiva del hombre, y la mujer se convierte en ama de casa, de estos el 60% se basa en trabajo de bananera, 30% tiene algún tipo de comercio o venta ambulante 10% en cargos burocráticos (Inec censo poblacional 2010).

## **MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

El Centro de Atención Integral del día del adulto/a mayor dará atención integral permanente y controlada en la atención médica, alimentación, actividades recreativas, productivas en espacios implementados, educación relacionadas con dietas, higiene mental y física a los ciudadanos adultos mayores y familiares, de la localidad de Zapotal Nuevo del cantón Ventanas y sus áreas de influencia, a través del modelo de atención integral.

## ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DEL DIA DE LOS ADULTOS MAYORES



## **SERVICIOS QUE PRESTARÁ EL CENTRO DE ATENCION DEL DIA PARA ADULTOS MAYORES.**

El centro de atención del día del Adulto Mayor atenderá a la población de 65 años en adelante de la localidad de Zapotal nuevo del cantón Ventanas y sus áreas de influencia, para de esta manera evitar la morbilidad y mortalidad de esta población. Para atender la demanda, el centro de atención del día contará con la siguiente logística:

### **Instalaciones:**

1 ambiente diseñado para cocina, 1 ambiente diseñado para comedor, 1 sala de estar, 2 ambientes para terapias ocupacionales, 1 espacio verde para terapias recreacionales, 1 ambiente para terapia física, 1 ambiente para terapia respiratoria, 1 ambiente para psicología, 1 ambiente para consultorio médico, 1 estación de enfermería.

### **Equipamiento:**

Línea blanca para cocina, mesas de comedor, sillas para comedor, sillas para salones de estar, televisores, equipo de sonido, hamacas, perezosas mecedoras, equipamiento médico, equipamiento terapia física, equipamiento terapia respiratoria.

## **POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN**

Las políticas están enmarcadas en la modernización, descentralización, desconcentración, el uso razonado y eficiente del gasto, fortalecimiento institucional, manejo adecuado de proyectos y programas tales como conjunto de prestaciones colectivas, individuales y farmacéuticas (Políticas nacionales de salud).

## **MARCO TEÓRICO**

### **MARCO CONCEPTUAL**

Atención integral en salud son aquellas acciones o actividades relacionadas unas con otras, que se le da al usuario desde el momento que solicita un servicio a la unidad proveedora y que van dirigidas a satisfacer las necesidades de los clientes demandantes de los servicios.

La medicina preventiva y la salud pública han sido definidas por la asociación internacional de epidemiología en 1988 como: "Campo especializado de la práctica médica, compuesto por diferentes disciplinas, que emplean técnicas dirigidas a promover y mantener la salud y el bienestar, así como impedir la enfermedad, la incapacidad y la muerte prematura".

También la define como: "Una de las iniciativas organizadas por la sociedad para proteger, promover y recuperar la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y creencias, dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas, a través de acciones colectivas y sociales".

Como disciplina, la medicina preventiva; puede resumirse como aquella que trata de la ciencia y el arte de promover la salud y prevenir la enfermedad a través de los esfuerzos organizados de la sociedad.

La medicina preventiva y salud pública como especialidad médica: "Es la ciencia y la práctica del fomento, elaboración y aplicación de políticas de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad tanto para reducir la probabilidad de su aparición como para impedir o controlar su progresión, así como de la vigilancia de la salud de la población, de la identificación de sus necesidades sanitarias y de la planificación y evaluación de los servicios de salud".

Los especialistas en medicina preventiva y salud pública deben liderar el esfuerzo organizado de la sociedad, el sistema de salud y las instituciones asistenciales, para fomentar y mejorar la salud, así como promover la equidad y eficiencia del sistema sanitario.

La medicina curativa se encarga del estudio del **pathos** (la enfermedad de **facto**, es decir, la enfermedad como un evento real, asentado en un organismo biológico), la salud pública se encarga del estudio del **nosos** (es decir, la enfermedad en **potencia**, como posibilidad).

En este caso, el objeto de estudio (la enfermedad en potencia) está ubicado no sólo en el interior sino, sobre todo, en el exterior del organismo biológico (salud pública de México / vol.42, no.2, marzo-abril de 2000).

La enfermedad en potencia es lo que actualmente llamamos riesgo, en su sentido más amplio.

La salud pública no es parte de la medicina curativa, ambas tienen el compromiso de lograr el máximo grado posible de salud de la población y sus miembros, pero sus objetos de estudio son muy diferentes.

Actualizaciones en salud pública y epidemiología, concibe a la epidemiología como una disciplina total de la salud pública y un punto de enlace privilegiado de ésta con la medicina clínica, que tiene como propósito “describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural”.

Esta definición que rebasa la definición tradicional de la disciplina, implica la exigencia de reconstruir conceptualmente toda la dinámica de la salud poblacional, y desarrollar para ello conceptos, métodos y técnicas especiales.

Se define como rehabilitación al conjunto coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales destinados a favorecer la recuperación

funcional del paciente y a reintegrarlo a sus actividades de vida diaria con la mayor capacidad a independencia posibles (OMS 1968).

Para la población objeto, la rehabilitación incluye todas las medidas tendentes a disminuir el efecto de las lesiones que producen incapacidad y minusvalías, a controlar los síntomas por medios físicos y a permitir que la persona pueda mantener las óptimas habilidades para su autonomía personal y la integración en el entorno. A nivel del proceso de envejecimiento permitirá a través de los programas de ejercicio físico frenar la velocidad del proceso de deterioro funcional.

La rehabilitación del paciente requiere, la existencia de un equipo multidisciplinar integrado por profesionales del mismo o de diferentes niveles asistenciales: médico rehabilitador, fisioterapeuta terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social auxiliados por el equipo médico, personal de enfermería y cuidadores que tratan habitualmente al paciente.

Parreño definió tres grandes tipos de procesos patológicos que inciden: Síndromes invalidantes, síndromes no invalidantes, síndromes involutivos y degenerativos. Estableciendo que desde una perspectiva terapéutica, la actitud rehabilitadora debe concretarse en la prevención de invalides y complicaciones secundarias y el establecimiento de un tratamiento activo que anule o frene la sintomatología primaria invalidante.

En el paciente se deben respetar los siguientes principios básicos: Mantener la máxima movilidad, promover la independencia básica en las actividades de la vida diaria, aplicar tratamientos simples, conseguir la cooperación del paciente, crear una atmósfera de esperanza razonable, diseñar la duración de las sesiones terapéuticas para períodos de tiempo cortos y motivar a todo el equipo profesional para trabajar coordinadamente.

En la rehabilitación es necesario utilizar: Instrumentos de valoración funcional que informen de la intensidad de las limitaciones, tanto para la

realización de las actividades de la vida diaria (AVD) como de las actividades instrumentales de la vida diaria (AND), protocolizar por procesos los contenidos terapéuticos de forma que puede garantizarse la calidad de la intervención y evaluar los resultados obtenidos periódicamente, para introducir las mejoras o correcciones necesarias.

## **SALUD Y ENFERMEDAD**

### **Visión global**

La situación de salud de la población es el conocimiento del grado de avance colectivo en la consecución del mejor nivel posible y la reducción de las diferencias entre las personas y los grupos, es decir hasta donde un sistema social y de salud han respondido a lo que la gente espera de él y con qué grado de equidad lo ha logrado.

Se puede constatar que el acceso a la salud se vuelve cada día más difícil para la mayoría de la población, el avance en el funcionamiento de los servicios de salud por sí solo, es incapaz de reducir las desigualdades en salud que existen entre los diferentes grupos sociales, y estas distancias lejos de ser superadas se amplían cada vez más.

Según la organización mundial de la salud (OMS) “La salud es un estado de completo bienestar: físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Esta afirmación permite realizar algunas consideraciones: resulta difícil medir el nivel de salud de la población, porque no existen estados de bienestar o enfermedad absolutos, sino que conforman un proceso que va de la salud a la enfermedad y viceversa.

Los niveles de bienestar son consecuencia de determinantes sociales, económicos, políticos y culturales, la salud y enfermedad conforman un proceso interactuante. Nos encontramos entonces en la necesidad de

comprender y respetar la cultura de cada grupo humano, para entender su concepción de sentirse sanos o enfermos.

Si consideramos a la cultura como un conjunto de guías o reglas, tanto implícitas como explícitas, que el individuo hereda como miembro de una sociedad particular y que le proporciona una visión del mundo y una manera de comportarse en relación con los demás, con las fuerzas sobrenaturales, si se admite su existencia y con el ambiente natural.

Se afirma entonces que la cultura está conformada por los estilos de vida de un grupo humano caracterizados por patrones de vida aprendidos de valores, creencias, costumbres y comportamientos que son comunes a un grupo de personas que se relacionan entre sí, hay que señalar que cada cultura crea sus propios recursos terapéuticos, es decir establece las alternativas más adecuadas para recuperar o mantener su salud.

### **Metodología utilizada en el diseño y ejecución de la propuesta**

Como estrategia metodológica para el diseño, ejecución y evaluación del proyecto se utilizó el marco lógico con todas sus herramientas, como son: análisis de involucrados, análisis del problema, árbol de problemas y matriz de marco lógico que se detallan a continuación:

### **ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS**

<b>Grupo y/o instituciones</b>	<b>Intereses</b>	<b>Recursos y mandatos</b>	<b>Problemas percibidos</b>
Circuito número 5 del distrito número 4.	Acoger y dar atención médica, de rehabilitación y de enfermería a la población adulta mayor de la localidad de Zapotal Nuevo del cantón Ventanas y sus áreas de influencia, a través de la implementación de un	Recursos humanos: médico, enfermera, terapeuta médico en rehabilitación física, respiratoria, ocupacional y recreativa, una auxiliar de enfermería.	Ausencia de programas de protección Incumplimiento de normas de protección establecidas. Las profesionales de la salud no promueven proyectos de atención

	modelo de atención integral en el centro de atención del día.		
Gobierno autónomo descentralizado del cantón ventanas	Contribuir al mejoramiento del nivel de vida de los adultos/as mayores.	Recursos financiamiento para la construcción de ambientes adecuados para el funcionamiento del centro de atención del día. Equipamiento de las instalaciones del centro de atención del día. Contratación de personal de apoyo: alimentación, guardianía y conserjería.	Escasa atención especializada de las unidades de salud pública. Escasa productividad de los individuos con limitaciones físicas Deterioro de la salud Sentimientos de soledad e inseguridad. Incapacidad para cubrir los gastos

## COSTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

### PRESUPUESTO

Rubros	Cantidad	Valor unitario Mensual	Valor total mensual
<u>Recursos Humanos</u>			
<u>MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</u>			
• Médico			
• Enfermera	1	2.035.00	2.035.00
• Auxiliar de enfermería	1	1.600.00	1.600.00
• Terapistas físicos	1	650.00	650.00
• Terapeuta respiratorio	1	1.600.00	1.600.00
• Terapeuta ocupacional	1	1.600.00	1.600.00
• Psicólogo	1	1.600.00	1.600.00
	1	1.600.00	1.600.00
<b>Subtotal</b>		<b>\$10.685.00</b>	<b>\$10.685.00</b>

---

Recursos materiales y humanos
GOBIERNO AUTONOMODESCENTRALIZADO DEL CANTONVENTANAS.

• <u>Instalaciones:</u>	\$100.000.00	\$100.000.00
• 1 ambiente diseñado para cocina		
• 1 ambiente diseñado para comedor		
• 1 sala de estar		
• 2 ambientes para terapias ocupacionales		
• 1 espacio verde para terapias recreacionales		
• <u>Equipamiento:</u>		
• Línea blanca para cocina	\$30.000.00	
• Mesas de comedor		\$30.000.00
• Sillas para comedor		
• Sillas para salones de estar		
• Televisores		
• Equipo de sonido		
• Hamacas		
• Perezosas	\$650.00	
• Mecedoras	\$650.00	\$1.300.00
• <u>Talento humano</u>	\$650.00	\$650.00
• 2 auxiliares de alimentación		\$650.00
• 1 conserje		
• 1 guardián		

---

**Subtotal** \$132.600.00

---

**Imprevistos** 5% \$6.630.00

---

**Total gobierno autónomo descentralizado** \$139.230.00

**Cantón Ventanas****FINANCIAMIENTO**

FUENTE	PORCENTAJE	CANTIDAD
Área 5 de Ventanas	7.10%	\$10.685
Gobierno autónomo descentralizado del Cantón Ventanas	88.68%	\$132.600
Imprevistos 5%	4.40%	\$6.630
Costo total	100%	\$149.915

## CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DEL CENTRO DE ATENCIÓN DEL DÍA

N <sup>o</sup>	TIEMPO	1 MES				2 MES				3 MES				4 MES				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Elaboración del proyecto																	
2	Gestión y coordinación para la aprobación del proyecto	x																
3	Construcción			x	x													
4	Elaboración del reglamento de funciones del área de atención					x	x											
6	Clasificación de los casos detectados en las visitas domiciliarias									x								
7	Ejecución de la propuesta													x	x	x	x	x
8	Evaluación de los resultados del proyecto																x	x

### **BENEFICIOS, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LA PROPUESTA**

El monitoreo y seguimiento de la propuesta se realizará mediante indicadores de resultados, los cuales a través de la observación directa, supervisiones continuas, sondeos de opinión, registros de control e informes escritos se verificará su cumplimiento.

El monitoreo y seguimiento permitirá establecer el grado de responsabilidad del equipo médico encargado de la atención a los Adultos Mayores, la aplicación de la normativa bajo el cual se desarrollarán las funciones del departamento, el avance en cuanto al cambio de actitud que demuestre el grupo familiar que participa del proyecto, la eficiencia, eficacia, la calidad del servicio que presta el equipo médico, y las actividades incumplidas del equipo médico de acuerdo a lo establecido. Para lo cual se elaborará una matriz de indicadores de acuerdo a los resultados esperados y las actividades programadas que permita evaluar el impacto logrado en la comunidad.

## **SOSTENIBILIDAD**

Se garantiza la sostenibilidad del proyecto debido a que contamos con apoyo de los directivos del circuito, distrito y el gobierno autónomo descentralizado del cantón Ventanas.

En lo que se refiere al financiamiento del proyecto se realizaran las gestiones pertinentes con la finalidad de que el Gobierno autónomo descentralizado del cantón Ventanas aporte con el 90% y el Ministerio de Salud con el 10%.

## Anexo 5. Matriz de consistencia.

### TITULO: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN UNA COMUNIDAD DEL CANTON VENTANAS - LOS RIOS INTERVENIDA CON EL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD AÑO 2015.

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS	HIPOTESIS PRINCIPAL	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del Cantón Ventanas intervenida con el Modelo de Atención Integral de Salud durante el año 2014?	Determinar la calidad de vida del adulto mayor en una localidad del Cantón Ventanas intervenida con el Modelo de Atención Integral en Salud año 2014.	Los adultos mayores intervenidos por el modelo de atención integral de salud tienen mejor calidad de vida que los no intervenidos.	<b>Intervención con el Modelo de atención integral</b>	Comunitaria	Intervenido No intervenido	Tipo de estudio: Cuantitativo Descriptivo Transversal
	Determinar el estado físico de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos por el modelo de atención integral en salud.		<b>Calidad de vida del adulto mayor.</b>	Bienestar físico	Capacidad para realizar actividades intensas, moderadas o leves. Desempeño físico Vitalidad Dolor físico	Población: 316 Adultos mayores de zapotal nuevo del cantón ventanas, provincia de los ríos Se intervendrá a la población total.
	Determinar el estado psicológico de los adultos mayores intervenidos y no intervenido por el modelo de atención integral.			Bienestar psicológico	Percepción de salud general Percepción de estado de salud mental Calificación del estado de salud en comparación con hace un año. Desempeño emocional	
	Determinar el estado social de los adultos mayores intervenidos y no intervenido por el modelo de atención integral.			<b>Función social</b>	Frecuencia de problemas de salud que interfieren con actividades sociales	