

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO**



**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD,
FUNDACIÓN MELVIN JONES – LA LIBERTAD-ECUADOR, 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

ZULLY SHIRLEY DIAZ ALAY

ASESOR

MAGALY DEL ROSARIO CHÚ MONTENEGRO

<https://orcid.org/0000-0002-7707-1937>

Chiclayo, 2021

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON
DISCAPACIDAD, FUNDACIÓN MELVIN JONES – LA
LIBERTAD-ECUADOR, 2020**

PRESENTADA POR:

ZULLY SHIRLEY DIAZ ALAY

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de

MAESTRO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Socorro Martina Guzmán Tello
PRESIDENTE

Nelly Guillermina Sirlopú Garcés
SECRETARIO

Magaly del Rosario Chú Montenegro
VOCAL

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

A Dios por darme las fuerzas necesarias para lograr mis metas.

A mi esposo Jeffry Pavajeau por el apoyo constante en el desarrollo de la presente tesis y ser el compañero que me motivo durante mi proceso de estudio.

A mis hijos por ser mi razón de vivir y el motor que me ayuda a continuar en el proceso de superación diaria en todas las esferas.

A la docente tutora que, a lo largo de esta maestría, por su dedicación en la revisión y las recomendaciones brindadas, han sido de valioso aporte para culminar esta investigación.

Índice

Resumen.....	7
Abstract.....	8
I. Introducción	9
II. Marco Teórico	16
III. Hipótesis.....	23
IV. Metodología	24
4.1. Tipo y nivel de investigación.....	24
4.2. Diseño de la investigación	24
4.3. Población, muestra y muestreo.....	25
4.4. Criterios de selección.....	25
4.5. Operacionalización de variables.....	26
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
4.7. Procedimientos.....	28
4.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	29
4.9. Matriz de consistencia	30
4.10. Consideraciones éticas	31
V. Resultados.....	32
VI. Discusión.....	36
VII. Conclusiones	45
VIII. Recomendaciones.....	47
IX. Referencias	48
X. Anexos	56

Lista de tablas

Tabla 1 Operacionalización de variables	26
Tabla 2 Matriz de consistencia	30

Lista de figuras

Figura 1. Análisis porcentual del nivel de bienestar emocional de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020	32
Figura 2. Análisis porcentual del nivel de relaciones interpersonales de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020	32
Figura 3. Análisis porcentual del nivel bienestar material de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020	33
Figura 4. Análisis porcentual del nivel desarrollo personal de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020	33
Figura 5. Análisis porcentual del nivel bienestar físico de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020	34
Figura 6. Análisis porcentual del nivel autodeterminación de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020	34
Figura 7. Análisis porcentual del nivel inclusión social de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020	35
Figura 8. Análisis porcentual del nivel derechos de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020	35
Figura 9. Análisis porcentual del índice de calidad de vida de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020	36

Resumen

La discapacidad es una realidad manifiesta en la población en general, condición que sufre un incremento significativo en la tercera edad, debido a que los procesos de envejecimiento traen consigo un declive en las funciones tanto físicas como psíquicas del individuo; la calidad de vida considerada como un indicador del bienestar holístico del individuo sufre alteraciones ante condiciones patológicas no siendo la excepción los diversos tipos de discapacidad. La presente investigación tuvo como objetivo Identificar el índice de la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020; se empleó una metodología cuantitativa, no experimental, descriptivo, transversal usando como técnica la encuesta instrumentada por la Escala de FUMAT. El universo poblacional estuvo conformado por 45 sujetos, se empleó una muestra censal; los datos se procesaron a través del programa SPSSv23, el cual proporcionó los insumos para el análisis estadístico descriptivo; se aplicó como principios éticos los postulados de Sgreccia. Como resultados se determinó un índice de calidad de vida (96,49) con 60% de la población con niveles de calidad de vida por debajo de la media estándar; gran parte de la población obtuvo puntuaciones estándar por encima de la media en dimensiones como bienestar emocional (60%), relaciones interpersonales (60%), desarrollo personal (76.6%) y autodeterminación (93.3%) en contraste con la un bajo porcentaje de sujetos con la misma condición en variables como bienestar material (11.1%) bienestar físico (48.9%) inclusión social (49%), derechos (42.2%). Se concluye que el bienestar material deteriora la calidad de vida mientras que la autodeterminación la salvaguarda.

Palabras clave: Anciano, Calidad de vida, Personas con discapacidad.

Abstract

Disability is a manifest reality in the general population, a condition that undergoes a significant increase in the elderly, because the aging processes bring with them a decline in both physical and mental functions of the individual; the quality of life considered as an indicator of the holistic well-being of the individual suffers alterations in the face of pathological conditions, not being the exception the various types of disability. The present research aimed to identify the quality of life index of the elderly with disabilities, Melvin Jones Foundation - La Libertad-Ecuador, 2020; A quantitative, non-experimental, descriptive, cross-sectional methodology was used using the survey instrumented by the FUMAT Scale as a technique. The population universe consisted of 45 subjects, a census sample was used; the data were processed through the SPSSv23 program, which provided the inputs for the descriptive statistical analysis; Sgreccia's postulates were applied as ethical principles. As results, an ICV (96.49) was determined with 60% of the population with quality of life levels below the standard mean; A large part of the population obtained standard scores above the mean in dimensions such as emotional well-being (60%), interpersonal relationships (60%), personal development (76.6%) and self-determination (93.3%) in contrast to a low percentage of subjects with the same condition in variables such as material well-being (11.1%), physical well-being (48.9%), social inclusion (49%), rights (42.2%). It is concluded that material well-being deteriorates the quality of life while self-determination safeguards it.

Keywords: Aged, Quality of Life, Disabled Persons.

I. Introducción

La demografía mundial ha presentado en las épocas actuales cambios trascendentales, los mismos que se ven reflejados en el aumento de la población adulta mayor no solo en los países desarrollados, sino de manera global en la sociedad mundial ya que los esfuerzos en crear sistemas de salud eficientes y a su vez el descenso de la natalidad crearon un ambiente propicio para esta realidad; de manera consecuente con la transición demográfica se desencadenan cambios en los perfiles epidemiológicos de estos grupos poblacionales, aumentando la incidencia de enfermedades propias del envejecimiento y degeneración sobre las históricas patologías infecciosas que predominaban en poblaciones mayoritariamente jóvenes¹.

En América Latina la realidad del cambio poblacional ha confirmado a través de entes de evaluación poblacional que para el año 2047, la población adulta mayor superará la población de menores de 15 años de edad y a su vez para el 2050 por cada cinco personas existirá un adulto mayor como promedio global lo que pone a la región de las Américas en consecuencia con la realidad globalizada hacia el envejecimiento poblacional².

De la misma forma la realidad en Ecuador, es un espejo de lo que sucede en la región de las Américas, ya que con el incremento de la esperanza de vida al nacer hasta los 77 años de forma global, se estima que para el año 2050 los adultos mayores representen cerca del 20% de la población total del país lo que pone en alerta al estado en cuanto a la optimización de recursos para la atención y cuidado de este grupo vulnerable³.

En la provincia de Santa Elena – Ecuador, la población de adultos mayores va en aumento, evidenciado con cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC⁴, el cual durante el censo poblacional del año 2010 reflejó que existían 17.934 adultos mayores en esta circunscripción territorial, lo que de forma global comprende el 5.6% de la población total de la provincia; además se proyecta que para el 2020 dicho grupo poblacional ascienda a cifras cercanas a 25.708 personas y que de manera general el porcentaje de adultos mayores ascienda al 6.4% igualando al rango poblacional de niños menores de 5 años.

El Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades CONADIS⁵, reveló que en Ecuador existe hasta el 2019 una cifra de personas con discapacidad física que bordea los 219.815 personas lo que constituye un 46.67% del total de personas en condición de discapacidad y el hecho más alarmante es que el 30.51% corresponde a hombres y mujeres en edades comprendidas de los 65 años en adelante; la provincia de Santa Elena por su parte registra un número de 2.649 adultos mayores con algún tipo de discapacidad de los cuales 66.33% corresponde a discapacidad de índole físico en cualquiera de sus formas y grado de severidad,

lo que hace manifiesto que el deterioro físico es una problemática significativa en la población adulta mayor debido a que prepondera sobre los demás tipos de situaciones que incapacitan a este grupo poblacional.

El envejecimiento, aunque denota un proceso fisiológico que inicia desde el nacimiento y que culmina con la muerte. En ocasiones posterior a las seis décadas de vida, conlleva a la aparición de una serie de problemas en la salud del individuo sobre todo debido los determinantes proximales de la salud, entre ellos los relacionados con la maduración desde los procesos celulares y moleculares, los cuales toman un papel protagónico en las condiciones de vida del individuo; todo esto es explicado desde el punto de vista anatomo-fisiológico a través de una evidencia clara de la disminución en la funcionalidad de la mayoría de órganos y sistemas condición que repercute de manera directa en la autonomía del anciano⁶.

El envejecimiento patológico es la variante más compleja del proceso de cambios del individuo relacionados con su maduración, proveyendo al adulto mayor de una susceptibilidad única para el embate de diferentes tipos de patologías, principalmente aquellas relacionadas con trastornos degenerativos de los diferentes órganos y sistemas, causando en el anciano un proceso de envejecimiento lleno de disfuncionalidades, somatizándose en el individuo con la aparición de signos y síntomas propios de cada enfermedad lo que dificulta en el adulto mayor su vida cotidiana, deteriorando sus esferas biológica, psicológica y social, con la necesidad de asistencia sanitaria para el mantenimiento de su vida y su salud⁷.

La discapacidad desde el punto de vista del deterioro físico es una realidad sentida en el adulto mayor a nivel local, nacional e internacional debido a que de manera conjunta con el avance en la edad, ciertos aspectos imposibilitan la movilidad debido a que los procesos tanto fisiológicos así como patologías médicas relacionadas con el sistema osteoarticular, principalmente debido a enfermedades crónicas o traumáticas que tienen una alta incidencia en este grupo poblacional, creando en este individuo condiciones desfavorables que merman su independencia y autonomía para la realización de múltiples funciones como actividades básicas de la vida diaria, entre otras⁸.

Asimismo este deterioro en la discapacidad física del adulto mayor genera una demanda de servicios en cuidados especiales en pos de la suplencia a al sinnúmero de deficiencias físicas, lo cual propicia en este sujeto condiciones de vulnerabilidad y pérdida de la independencia, debiendo recurrir a terceras personas que en este caso se convierten en sus cuidadores directos; todo ello gastos y esfuerzos tanto económicos como extra económicos para poder solventar cada una de las necesidades de esta persona⁹.

Estudios como el de Alvarez¹⁰ reportan que las personas con dependencia a su cuidador

son 38% más propensas a sufrir diversas situaciones que deterioren aún más su salud física, psicológica y social; Todo esto a su vez ocasiona un evidente deterioro en la calidad de vida del individuo debido a que la fragilidad en el adulto mayor es un punto de partida para la generación de condiciones de discapacidad en este grupo humano de diversa etiología y todo lo que ello conlleva .

Aunque la autonomía e independencia del adulto mayor no sólo se pierde debido a su discapacidad, en la actualidad este factor es considerado como uno de los principales entes patológicos vinculados con la senectud, siendo así, que el síndrome geriátrico de caídas, propicia la ocurrencia de graves lesiones físicas que incapacitan de manera definitiva al adulto mayor ocasionando un deterioro en la calidad de vida del mismo repercutiendo no solo en aspectos de funcionalidad física, sino que a su vez afecta de manera directa e indirecta su vínculo con la sociedad y trastornos psicológicos reflejados en crisis de ansiedad, depresión o mixtas ¹¹.

La pérdida de las capacidades adquiridas para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria generadas por el deterioro de funcionalidad , incide de forma individual al adulto mayor y de forma colectiva a todo su entorno socio familiar ya que tiende a transpolar su condición a todo su núcleo cercano, ocasionando un desfase en la dinámica familiar y favoreciendo la ocurrencia de cambio de roles en cada uno de sus miembros, debido a la necesidad de asistencia constante de este sujeto en condiciones endebles, que en muchas ocasiones lleva al cuidador a perder su trabajo y vida social por el cumplimiento de esta actividad sobreañadida a su vida cotidiana ¹².

La función social es otro de los aspectos vinculados al adulto mayor que condicionan en sobremanera su calidad de vida, ya múltiples patologías presentes en esta edad incluido el deterioro de la movilidad física limitan el cumplimiento de su rol ante la sociedad, mermando su participación activa en diversos grupos humanos empezando desde su núcleo familiar entorno en el cual no podrá cumplir a cabalidad cada una de las funciones encomendadas entre ellas el movilizarse dentro del hogar, ayudar con los quehaceres domésticos, cuidar a los nietos, entre otras actividades propias del cotidiano, agudizándose dicha situación a la hora de desempeñar roles en la comunidad entre ellas la ejecución de diversos trabajos remunerados con pérdidas sustanciales de los ingresos económicos para el para la sostenibilidad de necesidades esenciales no solo propias sino de todos sus dependientes ¹⁵.

Asimismo, el dolor como síntoma presente en el adulto mayor con discapacidad física, es producido por una atrofia significativa de la masa muscular que conlleva a situaciones de discomfort convirtiéndose a su vez en el punto desencadenante de alteraciones más profundas tanto físicas como psíquicas que interfieren con el cumplimiento de las necesidades básicas

descritas desde la teoría de Virginia Henderson, ocasionando una visión alterada de la percepción de salud en el individuo, ahondando de esta manera su condición de vulnerabilidad¹⁶.

Es importante recalcar que el deterioro en la calidad de vida del adulto mayor por la somatización del dolor es una realidad sentida desde los aspectos físicos y psicológicos ya que de múltiples ocasiones como mecanismo de defensa ante su discapacidad este adulto mayor presenta labilidad emocional lo que hace que adopte conductas actitudes y percepciones que ocasionan que el adulto mayor dolores reales y fingidos para solventar sus necesidades de salud y cuidado situación problemática¹⁷.

La pérdida del rol ante la familia y la colectividad es uno de los problemas que resultan en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor, propiciado en el punto en el cual funciones que se encontraban claramente definidas tanto en su núcleo familiar como social se ven deterioradas debido su pérdida de la movilidad física, ante dicha situación se relega al anciano a desempeñar papeles secundarios lo cual genera en el adulto mayor la percepción inutilidad ante su núcleo familiar y social; esta situación causa resistencia en el adulto mayor debido a que posee esquemas predefinidos y muchas veces estructurado de forma rígida lo que dificulta la adopción de conductas positivas o actitudes positivas frente a los diversos cambios que se suscitan en su vida¹⁸.

El profesional de enfermería, aunque inmerso en la realidad asistencial para la conservación de la salud y funcionalidad del adulto mayor, con el pasar de los tiempos pierde el enfoque hacia el reconocimiento aquellos aspectos que bajo la óptica del sujeto de cuidado se consideran relevantes como elementos primordiales para el alcance de un estado de bienestar integral y holístico que dignifique su calidad de vida ante ellos mismos y la sociedad¹⁹.

La Fundación Melvin Jones constituida como Centro Gerontológico Diurno bajo la modalidad de espacios alternativos brinda asistencia a más de 150 adultos mayores entre los cuales cerca del 30 % presenta algún grado de discapacidad con cerca de seis ancianos que se encuentran en condiciones de deterioro total, los cuales requieren de una asistencia personalizada que muchas veces es brindada por sus cuidadores directos debido a que no existen profesionales de enfermería vinculados a este centro.

Las personas de la tercera edad asistentes a este centro gerontológico, manifiestan un sinnúmero de consecuencias físicas, psicológicas y sociales, que afectan tanto su vida personal como familiar, con una incidencia inclinada hacia los trastornos emocionales vinculados con la depresión, generando un ambiente nocivo para su integración en estos grupos organizados de autoayuda.

En el caso particular de los Adultos Mayores de la Fundación Melvin Jones se evidencia que la calidad de vida es supeditada a la integralidad de las redes de soporte social que posee este anciano debido a que de manera conjunta con el deterioro en la movilidad física este individuo disminuye su red de “amistades” generando situaciones de soledad y desvinculación colectiva propiciando un factor de riesgo para la conservación de la salud de este adulto mayor.

Ante esta situación problemática antes descrita la investigadora se planteó como pregunta de investigación el siguiente interrogante ¿Cuál es el índice de calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020?, destacando como objeto de la presente investigación, la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad; en función a ello se propuso como objetivo general Determinar el índice de la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020, y como objetivos específicos identificar el nivel de bienestar emocional del adulto mayor con discapacidad, identificar el nivel de bienestar material del adulto mayor con discapacidad, identificar el nivel de desarrollo personal del adulto mayor con discapacidad, identificar el nivel de bienestar físico del adulto mayor con discapacidad, identificar el nivel de autodeterminación del adulto mayor con discapacidad, identificar el nivel de inclusión social del adulto mayor con discapacidad, identificar el nivel de relaciones interpersonales del adulto mayor con discapacidad, e identificar el nivel de derechos del adulto mayor con discapacidad.

La presente investigación se justificó debido a que aborda una problemática enfocada hacia el adulto mayor en situación de vulnerabilidad, el cual es considerado como un grupo de atención prioritaria en la mayoría de estados del mundo y una población hacia la cual se enfocan múltiples políticas públicas compensatorias debido a las falencias de los sistemas de salud, con la única finalidad de potenciar las destrezas de profesionales tanto sanitarios como extra sanitarios para el manejo integral de este grupo humano ya que existen una cartera de servicios limitada que no cumple con los requerimientos los mismos.

Asimismo las personas con discapacidad, han sido un grupo humano históricamente excluidos de la sociedad y víctimas de violación de sus derechos fundamentales, estando desprovistos durante décadas de prestaciones en salud integrales en beneficio del mejoramiento de sus condiciones de salud y bienestar, todo ello debido a la implementación de políticas públicas que no han logrado acortar la brecha de desigualdad e inequidad quedando desatendidas sus necesidades especiales, no solo en el sector salud, sino en otros aspectos como la educación, productividad, recreación entre otros; adicional a ello las discapacidades de forma general se constituyen en uno de los principales problemas de salud pública en todos los países de la región ya que genera afectación no solo al individuo que la padece sino que afecta los

intereses de la sociedad de manera global.

El personal que asiste de coordina o ejecuta acciones en programas dirigidos a este grupo poblacional sea del sector salud o sectores sociales no cuenta con la preparación técnica y humana para abordar la problemática del adulto mayor con deterioro de la movilidad física desde una óptica en la cual prepondere la calidad de vida como premisa para el mejoramiento de sus condiciones, debido al histórico paradigma propuesto por el modelo biomédico enfocado en la enfermedad y no en el ser humano lo que limita la realización de que incidan de forma congruente con la realidad que percibe el anciano desde sus esferas biológica, psicológica y social.

La presente investigación se convierte en un modelo de referencia para la reorientación de los servicios asistenciales dirigidos hacia las personas adultas mayores con algún tipo de discapacidad física debido a que ofrecerá otro punto de vista que encaminado hacia la priorización de la prevención como parte de las premisas propuestas por los modelos de salud con enfoque en la atención primaria en salud.

Además el presente estudio constituye una línea de base para la realización de nuevas investigaciones dirigidas a este grupo poblacional los cuales aborden el problema desde un enfoque multidisciplinario, las mismas que proponga intervenciones que contribuyan a la reinserción del adulto mayor a la sociedad, mejorando no solo su calidad de vida desde el aspecto clínico, sino que de manera concomitante orienten su accionar hacia otras aristas de la calidad de vida del individuo como son las esferas sociales, económicas, culturales y espirituales del anciano.

Existen diversas investigaciones basadas en la comprensión del objeto de investigación denominado calidad de vida el mismo que se reduce al analizarlo desde el punto de vista de los adultos mayores y más aún desde una perspectiva cualitativa; a continuación, se detallan las investigaciones más relevantes:

A **nivel internacional** en la ciudad de Curitiba Brasil, Lenardt et al²⁰, realizaron una investigación en la población geriátrica denominada “Fragilidad y calidad de vida de ancianos usuarios de la atención básica de salud”, la misma que se planteó como objetivo fue investigar la relación entre fragilidad física y calidad de vida de ancianos usuarios de la atención primaria de salud en esta ciudad; se aplicó la metodología cuantitativa, transversal de tipo correlacional, contando con una muestra de 203 adultos mayores; se utilizó como técnica fundamental la encuesta, la cual se cristalizó a través de diversos cuestionarios que valoraron la actividad física, pérdida de peso, fatiga/agotamiento, calidad de vida y pruebas de velocidad de marcha y fuerza de prensión; los resultados dieron a conocer que la mayoría de los examinados, es decir 114 se

encontraban en estado de pre fragilidad, hallando una relación positiva con la dimensión capacidad funcional de la calidad de vida en todos los grupos. Asimismo, se llegó a la conclusión que el síndrome de fragilidad era inversamente proporcional a la calidad de vida de los ancianos.

A **nivel de la sub-región andina**, en la localidad de Valdivia-Chile, Poblete et al.²¹, la ejecutaron la investigación denominada “Funcionalidad, fuerza y calidad de vida en adultos mayores activos de Valdivia” la cual se planteó objetivo describir la autopercepción de la calidad de vida y algunos indicadores relacionados a procesos funcionales y niveles de fuerza en adultos mayores de la ciudad de Valdivia; la metodología empleada fue de tipo observacional, descriptivo, cuantitativo y de corte transeccional, donde evaluó un total de 30 sujetos pertenecientes a tres grupos conformados de manera formal y que realizan clases de ejercicio físico tres veces por semana. Las técnicas empleadas fueron la entrevista y la observación a través los cuestionarios de Calidad de vida SF-36, dinamometría e índice de Katz. Los resultados obtenidos mostraron que un 76,6% se encuentran encasillados en el parámetro de “fuerte” en la clasificación de fuerza, de la misma manera en la variable funcionalidad un 83,3% están encasillados en la categoría de independencia; finalmente el promedio obtenido en la variable de calidad de vida, que el 71,21% de los evaluados corresponde a la clase “óptima”. Se pudo concluir que el ejercicio físico sistemático se constituye en un factor protector de la fuerza, funcionalidad y autopercepción de la calidad de vida.

A nivel local en el Ecuador, en la región litoral Arévalo et al.²² el mismo plantea una investigación denominada “Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador”, la misma que propuso como objetivo evaluar variaciones en los predictores vinculados con la calidad de vida entre los residentes de áreas urbanas y rurales. Se realizó mediante la metodología no experimental, cuantitativa utilizando la escala de Satisfacción con la Vida (SCV), logrando concluir que los principales predictores vinculados con la calidad de vida del adulto mayor en el ámbito de estudio fueron la percepción de la salud, la satisfacción con la situación económica y la importancia de la familia en este orden secuencial.

II. Marco Teórico

La calidad de vida en la actualidad se constituye en uno de los principales indicadores para determinar la percepción que posee el individuo a cerca de su nivel de salud y dentro de los principales parámetros valorados para su análisis existe una relación implícita con la funcionalidad física del individuo, es por ello que el adulto mayor otorga gran importancia a esta esfera de su salud y acorde con estudios realizados cerca del 71% de individuos debido a ello crea una percepción negativa de su vida otorgándole un valor significativo para su existencia y a su vez en múltiples escenarios relaciona esta condición con sentimientos, actitudes y concepciones deletéreas que pueden ocasionar un mayor daño a su vida y van desde crisis emocionales por preceptos de pérdida del valor humano o desventaja hacia el cumplimiento de cumplir con sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pudiendo en el peor de los contextos la incidencia de intentos auto infringidos de lesiones que pudieran conllevar hasta el suicidio²².

De acuerdo con lo expresado por Urzúa y Cauqueo²¹, el concepto de calidad de vida, propone la incorporación de múltiples disciplinas y su interacción sistemática, todo ello debido a que ciencias como la economía, las ciencias médicas y las ramas vinculadas con las ciencias sociales otorgan los recursos necesarios y bases conceptuales que complementan la definición de lo que concebimos como calidad de vida.

La calidad de vida ha sido enriquecida por las conceptualizaciones de diversas áreas de la ciencia, es así como la economía, por una parte analiza los factores financieros como parte implícita en el concepto de la calidad de vida vinculando con la capacidad adquisitiva de la persona en función a la satisfacción de sus necesidades, lo cual no dista de las concepciones propuestas por la ciencias sociales, en el aspecto de que se propone una finalidad en común que es el lograr la satisfacción de sus necesidades, y la única diferencia son las estrategias y elementos que se consideran relevantes para alcanzar dicho fin, que el caso particular de las ciencias sociales se basa en el contingente de interrelaciones y redes de soporte que sustentan al individuo con miras al bienestar integral.

La medicina y las disciplinas involucradas en el cuidado de la salud del individuo, aunque incorporan estos elementos en los así denominados por la epidemiología como determinantes distales de la salud, dan mayor significancia al bienestar vinculado a las esferas físicas y psíquicas del ser humanos; en el caso particular del adulto mayor, en el cual el proceso de envejecimiento demanda una evidente pérdida de capacidades funcionales, las cuales se transforman en un componente de la vida cotidiana para este sujeto, desequilibrando aún más la

balanza en función a elementos relacionados con el bienestar físicos como enfermedades y discapacidades o trastornos psicológico entre ellos la ansiedad y depresión, los cuales a la percepción de este sujeto ocasionan un mayor deterioro en su estado de salud.

Según Poblete et al.²³, aunque los factores socioeconómicos y culturales influyen en la conceptualización de calidad de la calidad de vida, esta se ve complementada por la cimentación de valores propios de cada persona y la concepción del valor de las cosas que son meramente individuales. Es así como se planteó el término calidad de vida relacionada con la salud, que en gran medida cristalizó la influencia de los niveles de bienestar en las esferas física, psicológica, pero sobre todo social, como determinantes tangenciales en la percepción de un estado de armonía y equilibrio del individuo; se incluye dentro de este macrodeterminante la influencia de las políticas públicas en salud con que goza el individuo en demanda de un mayor estado de bienestar, todo visto desde la óptica de cada persona ya que dependiendo sus valores, creencias y cultura, la concepción de calidad de vida se modifica.

Es por ello que la calidad de vida posee una íntima relación con diversos aspectos vinculados con el orden social de los individuos los cuales condicionan el cotidiano en este caso específico del adulto mayor, provocando un sinnúmero de efectos negativos que a lo posterior serán somatizados en enfermedades tanto físicas como psicológicas.

Acorde con lo expresado por Cerquera et al.²⁴, la calidad de vida está íntimamente relacionada con el bienestar, la felicidad y la satisfacción consigo mismo, que de forma conjunta, tributan en la búsqueda de un estado de equilibrio integral en todos los seres humanos. La calidad de vida al basarse principalmente en el componente satisfacción, implica aspectos perceptivos del usuario que giran en función no solo el aspecto físico, sino que incluye otros ámbitos propios de su vida familiar, sentimental y demás aspectos sociales que confieren sentido a la vida del individuo y que de forma individual este considera relevantes para su existencia.

Granados et al.²⁵, mencionan que el adulto mayor confiere gran importancia a la capacidad funcional como elemento principal de la calidad de su vida, entendiéndose con ello que los niveles de independencia y autonomía para el desarrollo de múltiples actividades, desde las más cotidianas hasta otras consideradas instrumentales, deben estar presentes en el adulto mayor para que su vida tenga relevancia y pueda desarrollarse de forma integral en todos sus ámbitos, caso contrario repercutiría en su vida social, familiar e individual. Por esto se comprende que la dependencia posee vínculos muy profundos con la discapacidad de todo tipo, convirtiéndose muchas veces en un círculo vicioso en el cual transita el adulto mayor, ocasionando alteraciones significativas en las dimensiones que conforman la calidad de vida en el individuo.

Robles et al.²⁵, conceptualizan el término de calidad de vida desde el enfoque de

bienestar el mismo que rescata que la percepción dicha premisa se ve vinculada a la suma de subjetividades y elementos personales que en esencia le hacen sentir bien al individuo; entonces desde esta premisa entendemos que en la calidad de vida no solo influye sus habilidades y destrezas en los diferentes aspectos del individuo, sino que de alguna forma tributa ante la calidad de vida, la forma como el individuo se siente satisfecho con cada una de estas capacidades desarrolladas o conservadas en ese determinado momento de su vida.

El ser humano en su integralidad y en su equilibrio biopsicosocial puede encontrar alteraciones tanto tangibles las cuales se conocen como signos y otras manifestaciones que muchas veces se tienden a transpolar hacia la subjetividad en su estado o condición saludable, pero al analizar la calidad de vida del individuo tomamos en cuenta estos parámetros tan intangibles que son considerados de gran relevancia bajo la percepción del sujeto que los siente, siendo así, como la calidad de vida en sujetos con iguales condiciones y bajo el mismo ambiente puede ser expresada de forma diferente, es decir que mientras alguien refleja un estado de satisfacción plena ante la dificultad, en otros casos un se genera una actitud y afrontamiento de la enfermedad de forma negativa todo ello debido a la individualidad de cada organismo.

La subjetividad se ha convertido en un componente implícito del ser humano desde sus vivencias, creencias y percepciones y establecen un camino a doble vía con lo que sucede en el bienestar físico y su manera de influir en la calidad de vida; de esta manera es posible conocer la relación estrecha de lo concreto y lo abstracto en el diagnóstico, pronóstico y terapéutica de las afecciones del ser humano, ya que aunque muchas de las manifestaciones clínicas no pueden objetivar, de alguna forma pueden vincularse creando un nexo entre lo objetivo conformado por los signos lo subjetivo conformado por los síntomas.

Ninguna manifestación clínica subjetiva correctamente valorada proviene de la nada, sino que se ha evidenciado la creación de un lazo armónico que conlleva a la generación de criterios clínicos idóneos en pos de la recuperación clínica de la situación problemática en salud del individuo y en este caso particular, se explica que en el adulto mayor con discapacidad se conjugan un sin número de afectaciones tanto psíquicas como físicas, que a los posterior se traducen en molestias sobreañadidas a su discapacidad lo que afecta de manera significativa ante el mundo su desempeño ante la sociedad de satisfacción consigo mismo.

Por otro lado autores como Ferrán y Sanabria²⁶, definen que la calidad de vida está claramente relacionada con la sensación de bienestar propia del ser en función al grado de satisfacción que percibida de las cosas consideradas como relevantes para sí. Es allí que

parte la idea de que la calidad de vida es una percepción individual mas no colectiva en relación a que cada individuo somatiza sus afecciones de diferente forma y consecuente a ello, prioriza diversos elementos que para él se tornan trascendentales y son considerados como aspectos determinantes en su vida cotidiana.

Un claro ejemplo de esta definición, es lo que sucede en la pluralidad de criterios de sujeto de cuidado, ya que la visión de la salud y bienestar de los individuos varía desde el ángulo que se lo mire, comparándose la percepción de individuo, con un haz de luz que cruza a través de un prisma en el cual se obtiene una gama de colores, similares en cantidad a las ideas que se entrecruzan en el cerebro del ser a la hora de definir aspectos relevantes en su calidad de vida.

Torres²⁷, manifiesta que, aunque en la actualidad no hay un concepto único de lo que es la calidad de vida, si contamos con términos claves que integran dicha conceptualización y entre ellos destacamos la satisfacción, el bienestar, la relación objetividad/subjetividad y sobre todo la pluridimensionalidad, como elementos implícitos en su definición; . En realidad aunque no se define con claridad y a ciencia cierta una significación única y estandarizada de lo que es la calidad de vida, si se logra una aproximación dialéctica a cerca del significado de la misma al abordar estos términos que encontramos de común aparición en las definiciones de la mayoría de autores, en los cuales se le da mayor o menor importancia a cada termino, pero al final se demuestra que de manera independiente o en conjunto han dado forma a lo que hoy conceptualizamos como calidad de vida.

De acuerdo con lo analizado por Sánchez et al.²⁸, los primeros indicios para perfeccionar la conceptualización de calidad de vida, se enfocaron en demarcar límites entre los aspectos vinculados con la misma, otorgándole un valor preponderante a elementos propios del proceso salud y enfermedad de la persona, considerando como elementos adicionales a los macro condicionantes políticos, socioeconómicos y culturales, marcando una clara división y acuñando el término “calidad de vida relacionada con la salud.

Aunque muchos aspectos determinan la calidad de vida del individuo y afectan de múltiples formas la percepción de bienestar, es importante reconocer que ciertos elementos guardan una mayor relación con el proceso salud enfermedad, por lo cual se hace inherente esta división conceptual la misma que conlleva a reducir el abanico de determinantes, desvinculando de esta forma aspectos que aunque importantes para la vida del individuo como son los aspectos culturales y políticos, al relacionarlos con la salud pierden peso en comparación con otros elementos como el bienestar físico y psicológico.

Cuesta et al.²⁹, propone que la calidad de vida es un concepto muy amplio que conjuga

la sinergia de múltiples dimensiones dentro de las cuales podemos destacar el bienestar emocional, físico y material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos”; sin embargo es necesario aclarar que el nivel de calidad de vida puede ser trastocado de forma conjunta o de manera individual en cada una de estas dimensiones y no por ello cambiaría la forma de valorar los niveles de la calidad de vida de forma integral, ya que aunque sea multidimensional no deja de ser expresada de forma individual en función a los procesos mentales de cada persona.

Por una parte, es conocido que la calidad de vida denota diversas dimensiones, dentro de las cuales una de las más relevantes para la enfermería, es el bienestar físico y psicológico lo cual es propiciado por la tridimensionalidad del ser humano el cual está determinado por el modelo biopsicosocial, pero entre ellas una de las grandes esferas que predomina en torno a su estabilidad holística es la esfera física.

Pereira et al.³⁰, manifiesta que la dimensión del bienestar físico constituye un elemento importante en la concepción de la calidad de vida, sobre todo la relacionada con la salud, tomando en cuenta que la sensación dolorosa se convierte en el principal elemento agravante de dicha dimensión incluyendo además aspectos relacionados con la discapacidad. En casi todas las listas de dimensiones físicas aparecen citados el dolor, los síntomas, las limitaciones funcionales y la función cognitiva y además de ello históricamente, las teorías médicas de la calidad de vida se han basado en la curación y supervivencia de las personas. Además, debido a que muchas intervenciones médicas causan efectos secundarios desagradables, también es importante tener en cuenta la calidad de vida durante el tratamiento.

El bienestar físico es considerado en este contexto, bajo la presencia o ausencia de diversas enfermedades o discapacidades con algún órgano del cuerpo; en el caso del deterioro de la movilidad física, determina la presencia de una limitación en relación con la calidad de vida del adulto mayor. El adulto mayor concibe la calidad de vida desde diversos aspectos, pero principalmente en base al bienestar físico, debido a que, aunque en la edad adulta mayor se sufre un deterioro significativo en las capacidades corporales, en este individuo con alteraciones de movilidad se agudiza dicha problemática entre ellas la aparición de los grandes síndromes geriátricos, convirtiéndose en factores decisivos para la percepción de bienestar.

El estado físico ser considerado una de las grandes esferas de la vida del ser humano, está supeditada a una serie de patologías, vulneran este estado de equilibrio salud, debido a que, en este ciclo etario, es un hecho implícito la vulnerabilidad corporal ante la disfuncionalidad, lo que repercute de forma directa en la percepción de su calidad de vida.

El bienestar psicológico como elemento condicionante de la calidad de vida es definido

por Sandoval et al.³¹ , no solo como la ausencia de experiencias negativas en la vida de la persona, sino más bien, es considerado como la capacidad que posee el individuo de incorporar todas estas acciones positivas propuesta por el entorno en su divagar por el mundo, en su esencia como ser, facilitando el proceso de relacionamiento y el desarrollo de los procesos de la mente.

Como una de las dimensiones que condicionan la percepción de la calidad de vida del individuo, el bienestar emocional traducido en un sin número de emociones sentimientos percepciones y actitudes, que determinan la manera de actuar individuo en su diario vivir, el mismo que por diversas condiciones nación trastoca la realidad del adulto mayor llegando a producir desde una mínima situación de descontento y en casos más severos trastornos de ansiedad depresión y bipolaridad que pueden conllevar hasta situaciones más penosas como el suicidio o la muerte del sujeto de cuidado.

Moreta³², asegura que el Bienestar Psicológico está vinculado de forma directa con el desarrollo de la persona y la forma como afronta las vicisitudes que le propone su medio y que además se ve complementado por el nivel de fortaleza con la que enfrenta el mundo para la consecución de objetivos enriquecedores para su ser; este tipo de paradigmas supone que las personas emplean todo su potencial en la búsqueda de la plenitud y en la generación de talentos únicos que se torna elementos propios de su identidad, mismos que le ayudan a mejorar su cotidiano.

El bienestar psicológico, acorde con lo anteriormente expuesto aunque es un parámetro subjetivo, se torna en uno de los factores más relevantes en la determinación de la calidad de vida de los individuos, debido a que muchas situaciones el estado de la psiquis repercute o se somatiza en diversas afecciones vinculadas a zonas anatómicas razón por lo cual el deterioro emocional de los individuos condiciona la aparición de patologías físicas o en su defecto propicia la ideación de las mismas como respuesta a su afección psicológica en la búsqueda de atención, es así como en un individuo con deterioro de la movilidad física este estado se convierte en causa y efecto ocasionando un círculo vicioso para la aparición de nuevos trastornos geriátricos.

La pérdida de la Independencia y autonomía del adulto mayor para realizar actividades así denominadas básicas e instrumentales de la vida diaria como son el vestirse el poder comunicarse con su núcleo social el poder administrar su dinero el mantenerse en bipedestación entre otras funciones tan elementales concierto y un estado de incertidumbre ante dicha condición.

Es un hecho evidente que cada individuo percibe la calidad de vida de una manera

distinta dando preponderancia a un aspecto u otro en función a la misma, pero cada uno de ellos en base a la teoría de la multicausalidad y acorde con los principios de pluralidad disyuntiva o conjuntiva, determinan de forma independiente, colectiva o subsecuente la calidad de vida del ser humano.

La calidad de vida según Salas et al.³³, puede analizarse desde un enfoque cuantificable y tangible a través del análisis de elementos operacionales, mediante la generación de indicadores que logren evidenciar en cifras porcentuales el nivel de calidad de vida. También puede estudiarse la calidad de vida desde la óptica cualitativa la cual cubre los vacíos de la ciencia a través de análisis particulares basados en la experiencia y la dialéctica de dichos eventos.

La calidad de vida en el adulto mayor se mide bajo diversos puntos de vista, los mismos que pueden ser evaluados mediante diversas escalas tanto cualitativas como cuantitativas, lo que a su vez posibilita el entender los parámetros relacionados con la calidad de vida bajo los diversos enfoques metodológico y amplía este paraguas de posibilidades, lo cual conlleva a un análisis desde diferentes ópticas influyendo de forma reveladora en torno a la conceptualización cada vez más dinámica de la calidad de vida y la comprensión de cada uno de los elementos que resultan importantes como entes constituyentes de dicho término.

2.1. Definición de términos básicos

Los principales conceptos vinculados con la investigación son los relacionados a las variables del presente estudio, dentro de los cuales se hace necesaria la definición de los siguientes términos:

Calidad de Vida: Es el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida²⁵.

Discapacidad: Es la deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social³⁴.

Adulto mayor: Son aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad³⁴.

III. Hipótesis

Al analizar cada uno de los elementos inmersos que determinan la calidad de vida del adulto mayor en condición de discapacidad, saltan a la mente muchas suposiciones al respecto dentro de las cuales podemos destacar las siguientes:

La discapacidad condiciona el nivel de calidad de vida del adulto mayor.

El nivel de bienestar emocional es un condicionante importante en la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad.

El bienestar material altera la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad

El bienestar físico es un componente primordial en la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad.

La calidad de vida del adulto mayor con discapacidad está supeditada a su nivel de desarrollo personal.

La autodeterminación del adulto mayor con discapacidad juega un papel protagónico su nivel de calidad de vida.

El nivel de calidad de vida del adulto mayor con discapacidad se ve modificado por su grado de inclusión social.

Las relaciones interpersonales del adulto mayor con discapacidad, favorecen un nivel óptimo de calidad de vida.

El nivel de derechos del adulto mayor con discapacidad influye su la calidad de vida.

IV. Metodología

4.1. Tipo y nivel de investigación

La presente investigación realizada en la Fundación Melvin Jones de la ciudad de la Libertad – Ecuador, se ejecutó mediante un enfoque cuantitativo, debido a que se analizó la realidad investigada en base a datos numéricos porcentuales medidos minuciosamente:

Según Bernal ³⁴, el enfoque cuantitativo o tradicional, se fundamenta en la medición de las características de los fenómenos sociales, lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva. Este método tiende a generalizar y normalizar resultados.

4.2. Diseño de la investigación

Para Hernández³⁵, el término diseño se refiere al “plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema”, es decir la proyección de cada una de las actividades a ejecutarse para dentro del desarrollo del estudio las misma que tiendan a resolver la pregunta de investigación para de alguna forma llenar el vacío de la ciencia en función al problema analizado, es decir una hoja de ruta la misma que direccionara cada uno de los momentos de la investigación.

En el caso particular de la presente investigación se empleó el diseño no experimental, mismo que para Gómez³⁶, constituye un tipo de estudio, en el que no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

Para el desarrollo de esta investigación no experimental se favoreció una investigación de índole descriptiva, la misma que detalla las características propias del problema en mención plasmadas en la hipótesis sin que ocurra una interrelación directa de las misma ya que cada una se analiza desde el punto de vista individual; Según la perspectiva de Zambrano et al.³⁷, “la investigación descriptiva es la que estudia, analiza o describe la realidad presente, actual, en cuanto a hechos, personas o situaciones se refiere. El estudio descriptivo identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, dilucidando comportamientos concretos y a su vez, comprueba las variables de investigación”.

Asimismo el corte del estudio fue de tipo transversal o transeccional, ya que durante la ejecución de la investigación la población objeto de estudio fue valorada en una sola ocasión reflejando su realidad en un momento determinado, sin comparar de forma secuencial los cambios propiciados por dicha problemática, es decir, reflejan la imagen de una fotografía instantánea de la situación valorada obteniendo como resultante, una visión total del problema pero limitándose solo al instante analizado.

Rodríguez³⁸, manifiesta que “los diseños transversales suelen incluir individuos con y sin la condición en un momento determinado (medición simultánea) y en este tipo de diseño, el investigador no realiza ningún tipo de intervención (interferencia). El investigador realiza una sola medición de la o las variables en cada individuo”; en función a ello la investigación realizada el grupo de adultos mayores se ejecutó de dicha forma sin la inferencia o influencia de la investigadora, la misma que se limitó a tomar los datos según el instrumento de medición.

4.3.Población, muestra y muestreo

La población objeto de la investigación estuvo conformada por la totalidad de adultos mayores que se encuentran en la planilla de inscripción al centro de atención diurno bajo la modalidad de visitas domiciliarias de la Fundación Melvin Jones y que cumplieron con los criterios de elegibilidad, siendo en total de 45 adultos mayores.

La muestra fue censal, dado que se trabajó con la totalidad de los participantes³⁵.

4.4.Criterios de selección

Se tomaron en cuenta como criterios de inclusión los siguientes: adultos mayores incluidos en el padrón de inscripción de la fundación bajo la modalidad de visitas domiciliarias y que al menos sean asistidos 1 vez por semana por parte del equipo de técnicos en gerontología y que presenten por lo menos el 10% de discapacidad de cualquier índole (visual, auditiva, física), verificado a través del certificado de discapacidad o carnet del CONADIS; además se propuso como único criterio de exclusión los Adultos mayores que presenten discapacidad intelectual o mental.

4.5.Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Conceptualización	Dimensiones	Indicador
Calidad de vida	Nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida ²⁵ .	Bienestar Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Salud • Actividades de vida diaria • Atención sanitaria, • Ocio
		Bienestar Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción, • Autoconcepto, • Ausencia de estrés
		Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Interacciones, • relaciones, • apoyos
		Inclusión Social	<ul style="list-style-type: none"> • Integración y participación en la comunidad, • Roles comunitarios, • Apoyos sociales
		Desarrollo Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Educación, • Competencia personal • Desempeño
		Bienestar Material	<ul style="list-style-type: none"> • Estatus económico, • Empleo, • Vivienda
		Autodeterminación	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomía, • Metas/valores personales. • Elecciones.
		Derechos	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos. • Derechos legales

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para la realización de la investigación fue la encuesta estructurada la misma que acorde con los conceptos de la literatura manifiestan que aunque el método de encuesta es demasiado estático, capta lo que en un momento dado se ha manifestado proporcionando una información útil para el análisis de situaciones o variables puntuales que aunque con poco seguimiento nos otorgan la visión amplia del panorama en el momento de su aplicación; además es de uso frecuente en las ciencias ya que trata de concretar aspectos muchas veces subjetivos³⁹.

Para la realización de investigaciones de tipo cuantitativo y con la finalidad de objetivizar y medir de forma fiable la problemática analizada se usan escalas las cuales poseen valor científico, las mismas que posterior a múltiples revisiones, traducciones validaciones y adaptaciones culturales son aptas para su puesta en escena en los diversos estudios científicos.

El instrumento que se empleó para la recolección de la información relacionada con la calidad de vida de los adultos mayores, fue un cuestionario validado a nivel internacional que cumplió con los estándares para su aplicación conocido como Escala FUMAT (anexo 1), cuestionario óptimo para el análisis de la variable calidad de vida y además se contó con un formulario de consentimiento informado (anexo 2), el cual confirió un mayor valor ético a la investigación.

El cuestionario de calidad de vida para personas mayores escala FUMAT, el mismo que se propone la valoración de las ocho dimensiones que analizan la calidad de vida de forma global destacando entre claramente aspectos relacionado con el bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos; aunque este instrumento es ampliamente usado en diversas investigaciones y cuanta con una amplia validez y confiabilidad de cada uno de sus ítems;

Cada uno de los ítems evaluó la situación actual de cada adulto mayor mediante una escala de Likert, la misma que otorgó puntuaciones de 1 – 4 que describieron parámetros que van desde siempre o casi siempre a nunca o casi nunca o viceversa según el postulado consultado otorgando de esta manera una puntuación total, puntuación estándar y percentil por cada una de las dimensiones evaluadas generando valores de entre 1-99, el cual posterior a la tabulación confirió un dato global denominado índice de calidad de vida con valores que oscilan de <71 a >122 con un comportamiento directamente proporcional con la calidad de vida .

4.7.Procedimientos

Se realizó la socialización de las actividades de la investigación con cada uno de los adultos mayores, sus cuidadores directos y miembros de la fundación. Debido a que en nuestro país no se ha desarrollado una validación del mismo de forma proba e integral, se realizó una prueba piloto la misma que por la cantidad de ítem se desarrolló en función de manera independiente por dimensiones tomando en cuenta que para este tipo de validación según los criterios de Bernal⁴⁰, se requiere de por lo menos cinco veces más el número de participantes con relación al número de ítems de cada dimensión, obteniéndose un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.70 para la dimensión bienestar emocional, 0.81 para la dimensión relaciones interpersonales, 0.77 para la dimensión bienestar material, 0.70 para la dimensión desarrollo personal , 0.75 para la dimensión bienestar físico , 0.72 para la dimensión autodeterminación, 0.70 para la dimensión inclusión social y 0.83 para la dimensión derechos.⁴¹

Se contó con data de direcciones y domicilio que sirvió de referencia para el levantamiento de la información que debido a la situación de emergencia sanitaria que atraviesa el mundo debido a la pandemia fue mediante la estrategia de visita domiciliaria; posterior a la sectorización de cada uno de los usuarios objeto de investigación y a una decisión consensuada con los familiares por vía telefónica y con los auxiliares de gerontología de la fundación mediante reunión virtual a través de la aplicación zoom, se diseñó el cronograma de visitas, el cual consideró un mínimo de tres y un máximo de cinco adultos mayores visitados por día con una frecuencia de dos veces por semana. Se ejecutó la encuesta que contó con el acompañamiento del investigador y previo al llenado del instrumento se explicó de forma individual la finalidad del estudio y se procedió en un solo acto con la firma del formato de consentimiento informado; el tiempo de aplicación de la encuesta oscilo entre los 20 a 45 minutos dependiendo el tipo de discapacidad padecida por el usuario y su nivel de decline cognitivo y en el caso de personas con analfabetismo, discapacidad visual o auditiva, se contó con la asistencia permanente de la investigadora, cuidadores y auxiliares de gerontología logrando interpretar de manera congruente lo expresado por el sujeto de cuidado.

El presente proyecto fue inscrito en la Escuela de posgrado, luego será suscrito en el catálogo de tesis de la escuela de enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar el permiso respectivo a la dirigencia de la Fundación Melvin Jones; En seguida de la aprobación de la Fundación Melvin

Jones, se contactó vía telefónica con los adultos mayores y sus cuidadores y se explicaron cada una de las características del proyecto de investigación, incluido aspectos vinculados con la confidencialidad de los datos, la gratuidad de la participación en el estudio, el acceso libre de la información de los participantes en el momento que lo requieran.

4.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La escala utilizada cuenta con una tabla con gran utilidad práctica para el llenado individual de datos por usuario la misma que se diligencia se la siguiente forma:

Cada uno de los ítems se evaluó en una escala del uno al cuatro para valorar cada dimensión de forma individual, mediante este procedimiento se generó una ponderación a través de la sumatoria de los resultados por ítem los cuales se ubicaron en la tabla de tabulación, para luego ser ponderados acorde con un baremo para la estandarización de puntuaciones estándar; como paso siguiente se obtuvo el percentil perteneciente a cada estándar y acto seguido se generó el Índice de Calidad de Vida posterior a la suma de las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y este valor se convirtió en el Índice de Calidad de Vida general.

Todos los datos por usuario se consolidaron en una matriz general en el programa informático Microsoft Excel 2016, para luego y fueron procesados y analizados a través de los recursos proporcionados por en software SPSS versión 23, que representó los datos mediante análisis estadísticos descriptivo, cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central de la variable en estudio. En seguida se elaboraron tablas univariadas y gráficos.

4.9. Matriz de consistencia

Tabla 2

Matriz de consistencia

Elemento	Características
Problema	¿Cuál es índice de calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020?
Objeto	La calidad de vida del adulto mayor con discapacidad.
Objetivos	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar el índice de la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar el nivel de bienestar emocional del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020.</p> <p>Identificar el nivel de bienestar material del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020.</p> <p>Identificar el nivel de desarrollo personal del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020.</p> <p>Identificar el nivel de bienestar físico del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020.</p> <p>Identificar el nivel de autodeterminación del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020.</p> <p>Identificar el nivel de inclusión social del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020.</p> <p>Identificar el nivel de relaciones interpersonales del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020.</p> <p>Identificar el nivel de derechos del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020.</p>
Método	Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, descriptivo, de corte transversal.
Variable	Calidad de Vida

4.10. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas para la realización del trabajo de investigación estuvieron basadas en los principios de la ética personalista propuestos por Sgreccia, dentro de los cuales se destacan los siguientes:

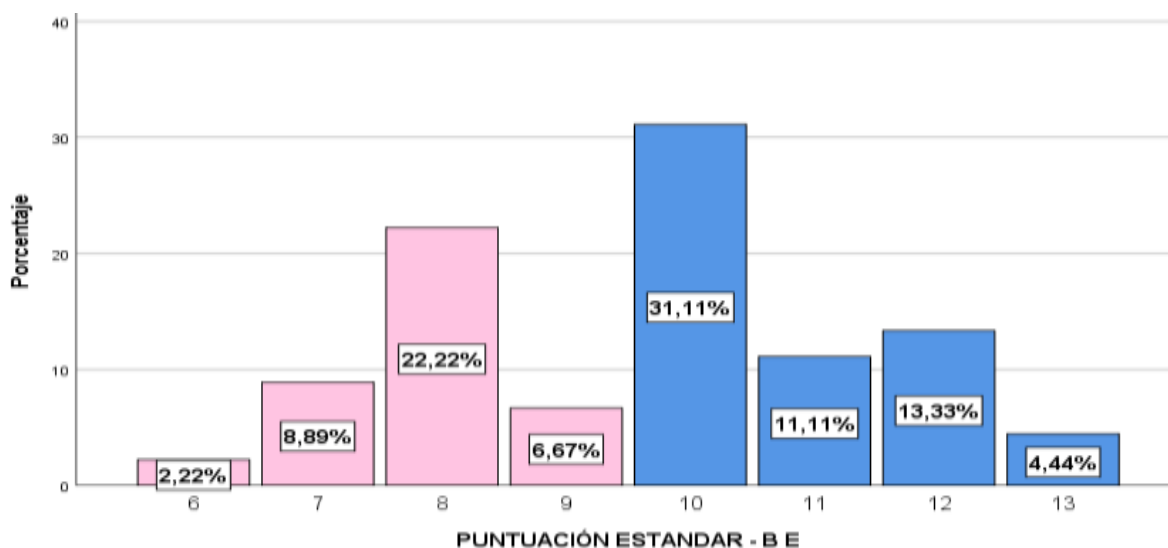
El **principio de libertad y responsabilidad** El cual postula que los sujetos de cuidado serán tratados con la misma consideración, sin tener ninguna discriminación. Después de la aprobación del proyecto y en función a los criterios de inclusión, se proporcionó a los adultos mayores analizados un formato informativo que consignó los derechos y deberes de los adultos mayores dentro del estudio, transparentando su participación en la investigación recalcando de manera explícita la libertad de incluirse o no en el estudio, Además para cumplir con una investigación de forma responsable se respetó el anonimato en el tratamiento de la información personal de los sujetos analizados⁴².

El **principio de la sociabilidad y subsidiariedad** Esta investigación pretenderá dar respuesta y soluciones a la realidad observada, las estrategias y demás productos de intervención que genere la investigación serán difundidos y de beneficio común tanto para la investigadora en el enriquecimiento del trabajo, así como para los participantes debido a que cada avance en la ciencia se destina tanto para el beneficio individual como colectivo; con los resultados se brindará sugerencias a las instituciones que brindan servicios a los adultos mayores en pos de la generación de políticas públicas inclusivas⁴³.

V. Resultados

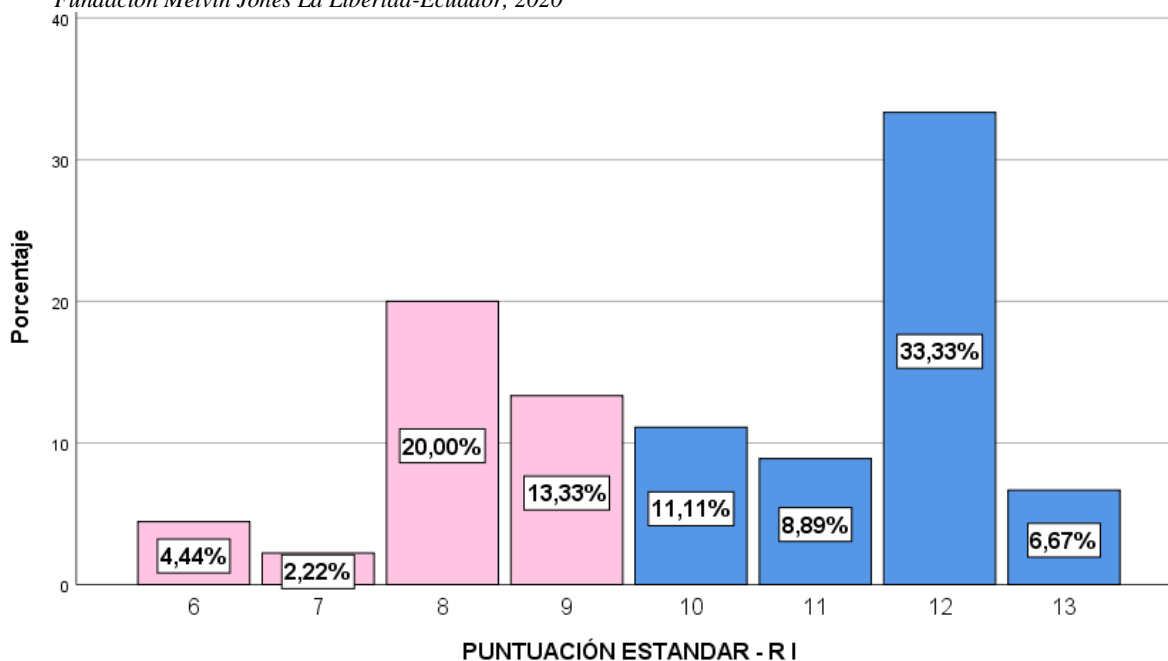
Posterior a la tabulación de la información recolectada y al procesamiento respectivo a través de herramientas estadísticas, se logró desarrollar un análisis fiable de la situación problemática obteniendo los siguientes resultados:

Figura 1. Análisis porcentual del nivel de bienestar emocional de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020



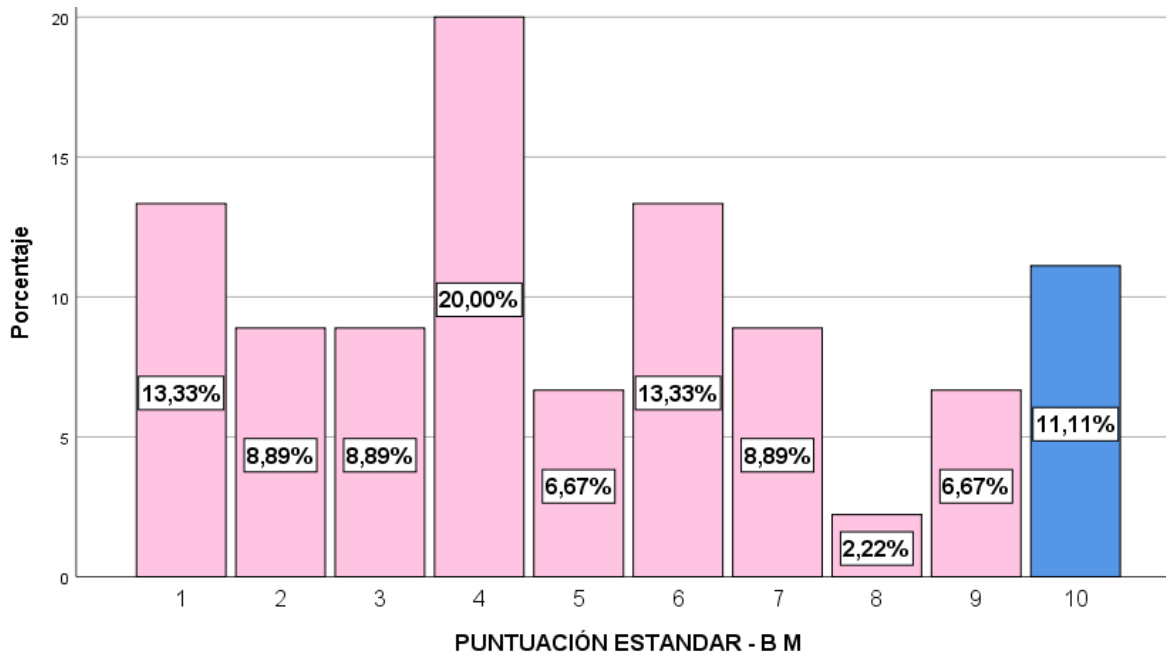
INTERPRETACIÓN: La figura N° 01, muestra que la mayoría de adultos mayores en cifras cercanas al 60% presentaron un nivel de bienestar emocional que **sobrepasa** la media estandarizada, en contraste con un 40% de adultos mayores que no alcanzaron dicha cifra. También se puede destacar una media estándar de 9,47 para esta dimensión.

Figura 2. Análisis porcentual del nivel de relaciones interpersonales de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020



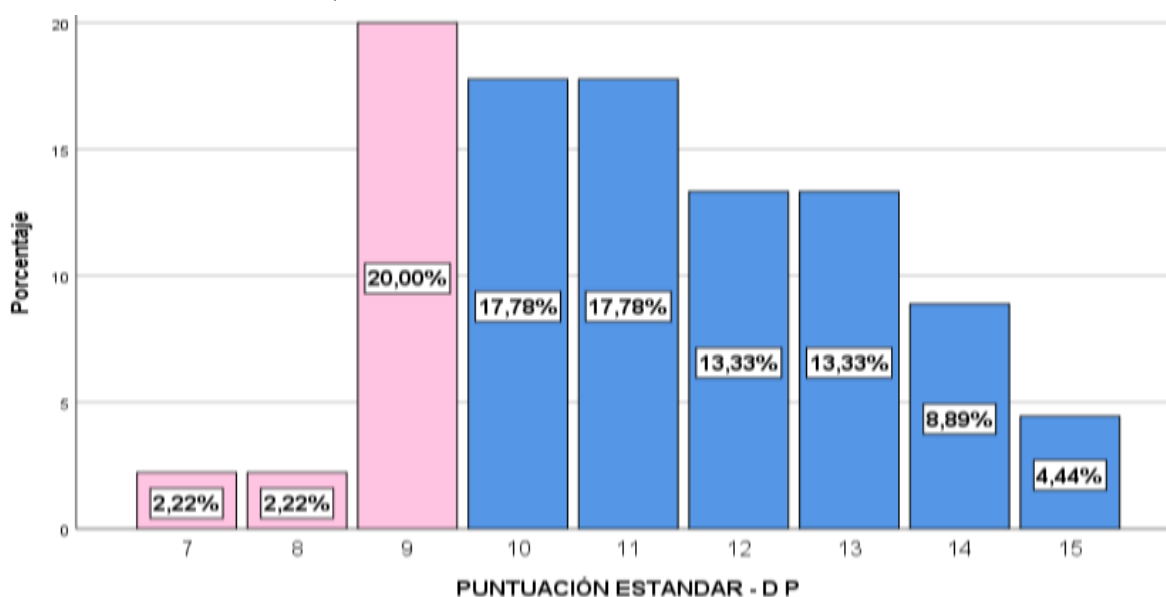
INTERPRETACIÓN: La figura N° 02, se identificó que para la dimensión relaciones interpersonales, el 60% de adultos mayores encuestados **sobrepasa** la media estandarizada, mientras que cerca del 40% de ellos, refiere relaciones interpersonales por debajo del estándar. Además podemos observar una ponderación estándar media de 10,18.

Figura 3. Análisis porcentual del nivel bienestar material de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020



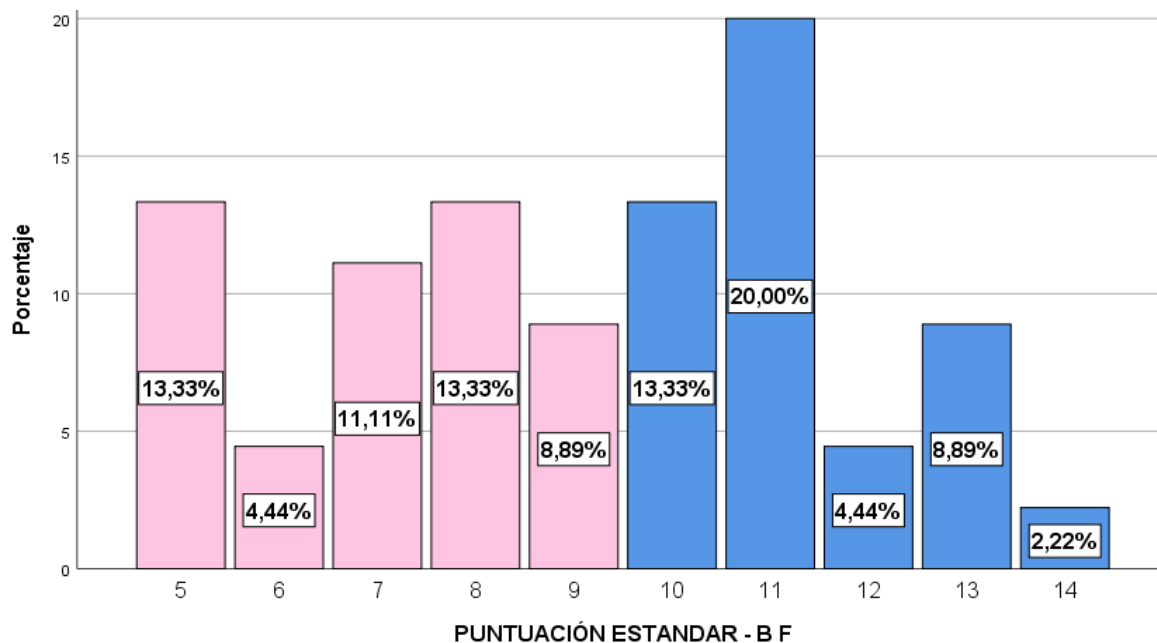
INTERPRETACIÓN: La figura N° 03, muestra que la mayoría sujetos representado en el 89,9% de la población adulta mayor analizada, presentaron cifras muy por **debajo** de la media estandarizada para esta dimensión de la calidad de vida y solo el 11,1% de ellos alcanza niveles de bienestar material óptimos, lo que refleja una media estándar de solo 5,02.

Figura 4. Análisis porcentual del nivel desarrollo personal de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020



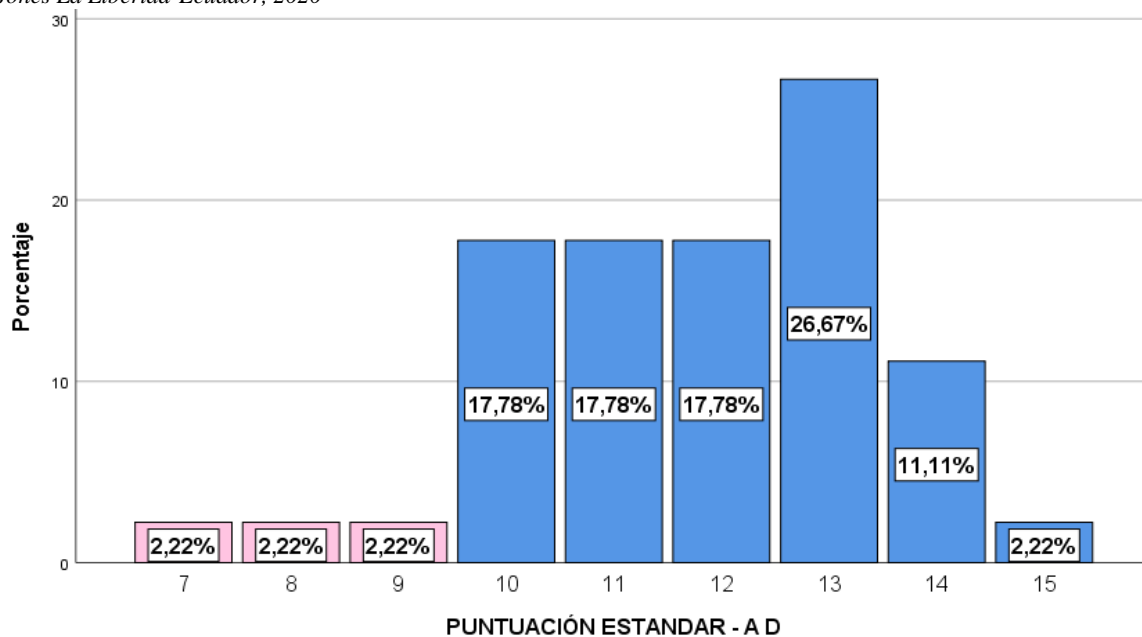
INTERPRETACIÓN: La figura N° 04, muestra cerca del 76.6% de la población adulta mayor analizada, posee niveles de desarrollo personal por encima de la media estandarizada en contraste con el 24.4% que presentó niveles subestandar; además una PEM de 11,11.

Figura 5. Análisis porcentual del nivel bienestar físico de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020



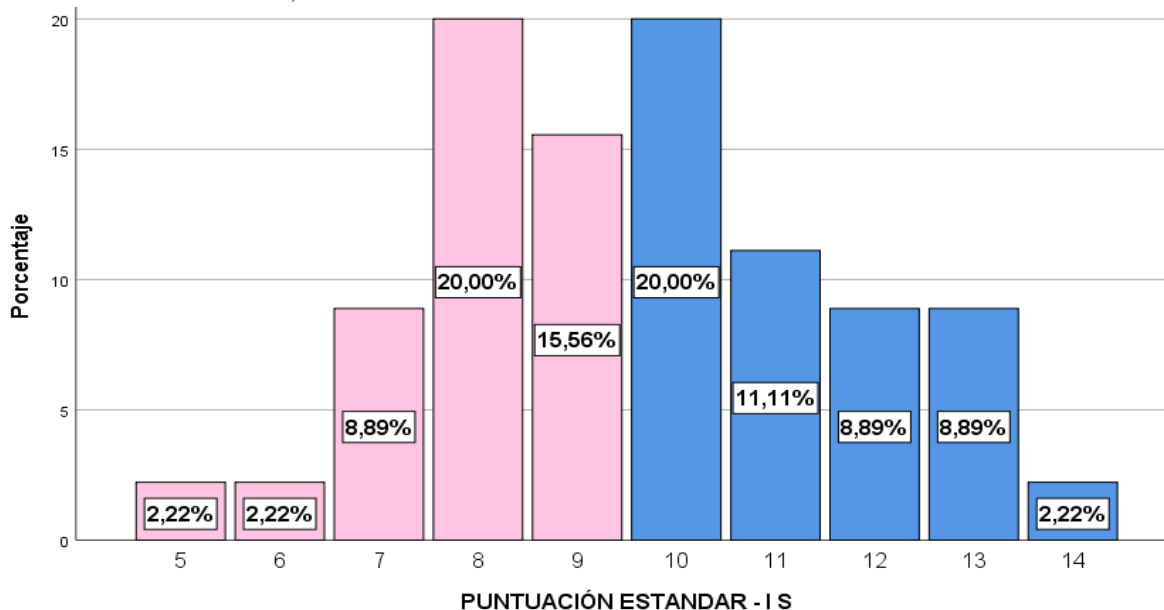
INTERPRETACIÓN: La figura N° 05, muestra que en relación a la dimensión bienestar físico, un poco más de la mitad de la población analizada, en cifras que alcanzan el 51.1%, posee niveles por debajo de la media estandarizada y el 48.9% alcanza niveles óptimos, reflejando una media estándar de 9,11.

Figura 6. Análisis porcentual del nivel autodeterminación de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020



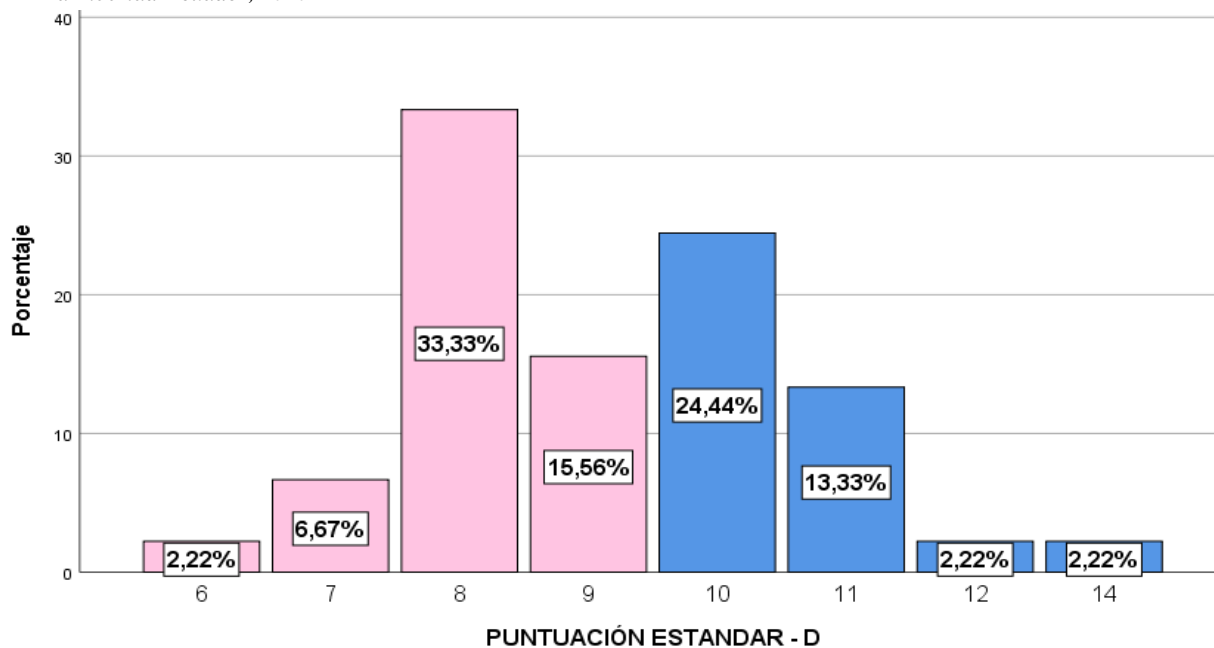
INTERPRETACIÓN: La figura N° 6, demuestra que la mayoría de adultos mayores, correspondientes al 93.3%, presentan niveles de autodeterminación en cifras superiores a la media estándar, en contraste con el 6.7% de sujetos que poseen niveles falentes; además refleja un índice medio estándar de 11.76.

Figura 7. Análisis porcentual del nivel inclusión social de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020



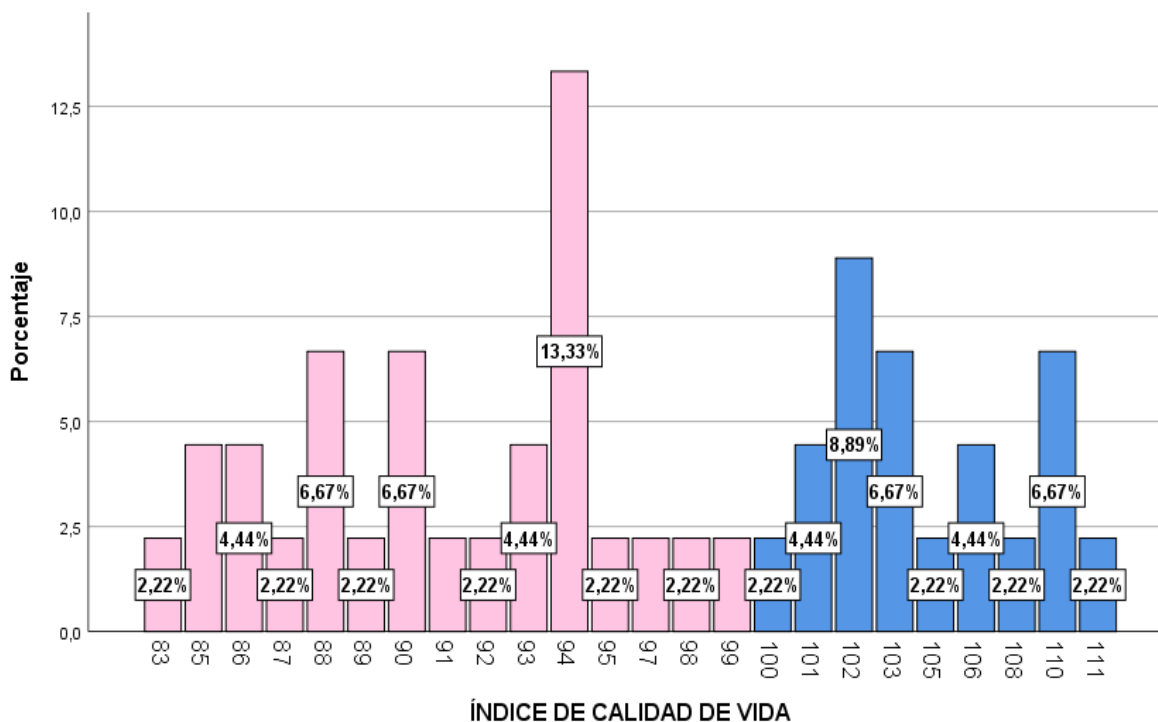
INTERPRETACIÓN: la figura N° 7, demuestra que cerca del 51% de los adultos mayores evaluados percibió niveles de inclusión social por debajo de la media estandarizada y solo el 49% de los encuestados refiere niveles aceptables en la percepción de esta dimensión, con una media de 9.16.

Figura 8. Análisis porcentual del nivel derechos de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020



INTERPRETACIÓN: la figura N° 8, muestra que cerca del 57.8% de los adultos mayores evaluados percibió niveles de derecho por debajo de la media estandarizada en contraste con el 42.2% de los encuestados posee un nivel adecuado en función a la dimensión descrita demostrando una media de ponderación estándar correspondiente a 9,16.

Figura 9. Análisis porcentual del índice de calidad de vida de la población adulta mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones La Libertad-Ecuador, 2020



INTERPRETACIÓN: la figura N° 9, muestra que la media del índice de calidad de vida de la población adulta mayor con discapacidad corresponde a una cifra equivalente al 96.49; por lo que se demostró que cerca del 60% de sujetos analizados, posee niveles de calidad de vida deficientes, es decir, por debajo de la media estándar, y en contraparte solo el 40% de sujetos que poseen un mayor nivel de calidad de vida.

VI. Discusión

Al analizar los resultados producto de esta investigación como respuesta al objetivo general propuesto y con la finalidad para clarificar su congruencia o discrepancia con la realidad evidenciada en otros entornos se logra analizar lo siguiente.

Durante el proceso investigativo se analizaron diferentes aspectos sociodemográficos de la población adulta mayor con discapacidad, dentro de las cuales se destaca el sexo de los participantes en el estudio, evidenciado una participación preponderante de la mujer en un 64.44%, lo cual guarda cierto grado de correspondencia con la realidad poblacional general en el Ecuador, ya que de acuerdo a cifras proyectadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y

Censos – INEC⁴³ para el 2020 la población femenina en la mayoría de rangos de edad alcanzó un 51% del total de la población; aunque el porcentaje de adultos mayores del sexo femenino en la investigación es mucho mayor, se destaca la preponderancia de las mujeres en los diversos entornos de participación social.

Asimismo, en investigaciones que valoran de forma específica la calidad de vida en usuarios pertenecientes a la tercera edad en condiciones similares, se destaca la realizada en Cuba por Sánchez et al.⁴⁴ la cual evidenció que la población femenina prepondera con cifras equivalentes al 68.95%, las cuales explican una correspondencia con la investigación local, razón por lo cual se puede reafirmar una mayor predisposición de las mujeres a la participación tanto en grupos organizados de autoayuda, así como en investigaciones en salud.

También se analiza al adulto mayor con discapacidad en función al rango de edad que cursó, obteniendo como resultante, que la mayoría de sujetos analizados en este estudio en cifras netas del 60% correspondieron a adultos mayor de entre 75 a 90 años, es decir pertenecientes al grupo etario “ancianos”, hecho que discrepa con la realidad poblacional analizada por los estudios demográficos nacionales los cuales manifiestan que el grupo de ancianos a solo constituye un 24%, teniendo como grupo predominante a los sujetos del grupo denominado edad avanzada que comprende edades de los 60 a los 74 años en cifras cercanas al 73%.

Además, tomando como relación la participación de sujetos en procesos investigativo relacionados con la calidad de vida, se evidencia esta variabilidad, debido a que en la mayoría de estudios analizados entre ellos los realizado por Urzúa et al.⁴⁵ en Chile y Chaves-García et al.⁴⁶ en Perú, en los cuales el rango de edad de los sujetos analizados es mucho menor, con una correspondencia mayoritaria el grupo etario de edad avanzada, evidenciándose que los adultos mayores locales participantes en investigaciones y a su vez sujetos a programas gerontológicos de atención diurna poseen rangos de edades superiores.

Con relación al índice de calidad de vida de la población adulta mayor con discapacidad de la fundación Melvin Jones, la misma que se caracterizó por un índice de calidad de vida promedio de (96,49), lo que evidenció que el 60% de sujetos poseen niveles inferiores a la media estándar; estos resultados poseen gran similitud con otras investigaciones a nivel nacional, entre ellas la ejecutada por Sivinta⁴⁷ en el marco de un estudio en un grupo poblacional de similares características en la provincia de Cotopaxi, en el cual se evidenció cifras de calidad de vida bajo la media estándar en más del 70% de sujetos, cifras que sobrepasan en 10 puntos porcentuales la realidad evidenciada en los adultos mayores con discapacidad estudiados en el contexto de esta investigación.

Sailema⁴⁸, en la investigación realizada en el contexto ecuatoriano, analizó el índice de calidad de vida en los sujetos encuestados, en la cual se obtuvo una media cifrada de (98,00), las misma que presentan una amplia similitud con la realidad descrita en el perfil de calidad de vida en el contexto local.

Al considerar estudios de la calidad de vida en adultos mayores con otros instrumentos de investigación, entre ellos el realizado en México por Loredó-Figueroa et al.¹⁶ el mismo que empleó el cuestionario SF-36 y determinó que solo el 29.3% percibe un nivel de calidad de vida bueno, evidenciando un deterioro de mayor significancia en la calidad de vida en este contexto, lo que corrobora de forma indirecta, índices de calidad de vida inferiores a la media estándar en más de la mitad de la población analizada. Es por ello que, ante las limitaciones propuestas por la sociedad ante este aspecto tan subjetivo de la salud, se requiere de la proposición de políticas públicas en salud que favorezcan la intervención integral de las discapacidades en todos los grupos poblacionales.

En el análisis particularizado de la calidad de vida del adulto mayor en cada una de sus dimensiones, se analiza el bienestar emocional como elemento implícito de suma importancia, en la cual se evidenció que el 40% de adultos mayores con discapacidad estudiados, presentaron un deterioro en este ámbito de la calidad de vida. Esta realidad local es similar a lo manifestado por León et al.⁴⁹, en su investigación, la cual determinó que el bienestar emocional estuvo alterado en cerca del 38.8% de sujetos de la tercera edad analizados.

De la misma forma en estudios realizados con otros instrumentos que valoraron la dimensión de la calidad de vida denominada bienestar emocional en personas de edad avanzada, como el ejecutado por Belén et al.⁵⁰ mediante la Escala de Afecto Positivo y Negativo –PANAS aplicada en la localidad española de Salamanca en sujetos con similares condiciones, el cual determinó la preponderancia de indicadores vinculados las emociones positivas presentes en los ancianos analizados versus las escasas emociones negativas manifestadas; este hecho corrobora claramente que una de las dimensiones que presenta menores alteraciones en la determinación de los índices de calidad de vida de los individuos que transcurren en este ciclo de vida, es el bienestar emocional; ante dicho antecedente y en pro del mantenimiento de niveles óptimos en esta dimensión, es inherente el abordaje holístico de las discapacidades en el adulto mayor, en el cual se involucre diversas estrategias terapéuticas para intervención de la esfera mental del sujeto.

Al conocer que no solo la dimensión bienestar emocional es la única que determina la calidad de vida del adulto mayor, se analiza de forma paralela la variable relaciones interpersonales, la misma que durante el presente estudio evidenció que el 60% de la población

analizada presenta niveles aceptables en este atributo de la calidad de vida; dicha situación presenta similitudes con los datos consolidados por autores como Levis et al.⁴² el cual al analizar el perfil de la calidad de vida en la población adulta mayor de dos distritos de Lima-Perú, con la respectiva caracterización de sus dimensiones y empleando la misma escala valorativa logró determinar que cerca del 64,3% de la población estudiada presenta niveles de relaciones interpersonales óptimas que garanticen una calidad de vida idónea; este hecho demuestra que las relaciones interpersonales en el contexto local como en otras latitudes pertenecientes a la comunidad andina de naciones, son una fortaleza para la población longeva, de alguna forma influenciada por la tipología familiar propia de la sociedad latinoamericanas, en las cuales el predominio de las familias nucleares y extensas dotan una indudable inclusión a los sujetos de la tercera edad.

Adicional a lo antes expuesto, cuando se trata de analizar el nivel de relaciones interpersonales en función a la puntuación estándar que para este estudio bordeaba los (10,18); ello dista de la realidad evidenciada en otros contextos, como lo ocurrido en la población adulta mayor con discapacidad intelectual de Jaén-España, analizada por Gavín et al.⁵¹, los mismos que documentaron cifras inferiores a (9,00) como media de la puntuación estándar de esta dimensión, lo cual pone en evidencia una mayor afectación en las esferas sociales del adulto mayor en la población ibérica, debido a diversos factores, entre ellos la desintegración familiar y en internamiento de muchos ancianos en centros geriátricos, los cuales en parte limitan su núcleo social y sus interrelación con la población en general.

El bienestar material es uno de los componentes perceptuales de la calidad de vida para todos y cada uno de los ciclos de vida por los cuales transita la persona y en el caso de la población adulta mayor con discapacidad objeto de investigación, propuso cifras por debajo de la puntuación estándar en más del 89% de sujetos analizados; lo sucedido en el ámbito local discrepa con el panorama acaecido en el contexto capitalino del Perú, así como en la población ibérica del Jaén, en los cuales el bienestar material se encuentra en un nivel adecuado en la gran mayoría de los usuarios de este contexto (92%), presentando cifras por encima de la media estandarizada, aunque se trate de un grupo poblacional similar. Esto pudo ser generado por las diferencias del quintil de pobreza entre ciudades pequeñas y grandes, en función a la generación de oportunidades para el desarrollo de actividades productivas que logren solventar las necesidades materiales en cada zona.

Aunque si por un lado no existió correspondencia entre el bienestar material de la población local con lo sucedido en otras investigaciones con el mismo instrumento de forma directa, se logra evidenciar que en concordancia con la investigación realizada por Bustamante et al.⁵², el

mismo que estudió de forma disgregada los componentes de esta dimensión aclarando que en el contexto de la vecina provincia del Guayas solo el 24.11% de adultos mayores cuenta con una jubilación, mientras que la empleabilidad formal de este grupo humano no llega ni al 5% del total de analizados; de la misma forma se evidencia que en más del 63% de los casos analizadas, el adulto mayor no genera los ingresos principales para el sostenimiento del núcleo familiar. La condición reflejada concuerda con el nivel socioeconómico de la población estudiada, la cual en su totalidad está conformada por sujetos pertenecientes a los quintiles de pobreza sub estándar; en este contexto se debe cristalizar la participación de la población adulta mayor con discapacidad en espacios productivos y concretar prestaciones sociales entre ellas subsidios y bonos para lograr un real desarrollo económico de este grupo en condiciones de vulnerabilidad.

Otro de los elementos que integran la percepción de calidad de vida del sujeto es el nivel de desarrollo personal que según las cifras arrojadas desde la presente investigación se encuentran en niveles aceptables por encima de la ponderación estandarizada en más del 76% de adultos mayores con discapacidad y que al compararlo con otras investigaciones como la expuesta por Mesa-Fernández et al.⁵³ en Huelva-España, localidad en la cual se evidenció que solo el 68% de los sujetos de la tercera edad presentan niveles óptimos de desarrollo personal, es decir cerca de ocho puntos porcentuales por debajo de los sucedido en el contexto local.

Asimismo, en el contexto regional andino, en la antes citada investigación de Levis et al.⁴² en la que se propuso el análisis de esta dimensión en centros gerontológicos de tres distritos de la capital peruana y la desarrollada en el escenario euro-hispano por Gavín et al.⁵¹, en la localidad de Linares-España, se evidenciaron niveles de desarrollo personal en mayores de 65 años con puntuaciones estándar cifradas en (9,00), cifras muy por debajo de las generadas en la Fundación Melvin Jones (11,11), todo ello puede deberse a los niveles de independencia que adopta el adulto mayor de la zona costera del Ecuador, ya que durante las diversas etapas de su vida ha desarrollado mecanismos comunicacionales y la comprensión de operaciones básicas para la gestión de su vida económica, social y familiar bajo la informalidad y las condiciones que demanda las necesidades para la supervivencia personal y de los suyos, la misma que se mantiene con escasas fluctuaciones durante la senectud; es así como se comprende que dentro de otros factores, uno de condicionantes que repercute de forma directa en esta dimensión, es la tasa de alfabetización y nivel educativo de la población analizada, la misma que en la provincia de Santa Elena se encuentran por encima del 94% y en la población analizada alcanzó cerca del 92%.

El desarrollo personal como componente de la calidad de vida también es valorado mediante otras escalas entre ellas la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la misma que designa esta variable como crecimiento personal y que al ser aplicada en la población longeva como en el caso de la investigación realizada por Salgado-Escalona et al.⁵⁴ en la población cubana, el mismo que determino que solo el 50% de sujetos presentaron niveles óptimos para esta dimensión, lo cual disiente con los datos obtenidos en el centro gerontológico local, evidenciando que la población adulta del caribe presenta un nivel de desarrollo personal menor al de la sociedad longeva sudamericana.

También es pertinente destacar que el bienestar físico es uno de los elementos más estudiados de la calidad de vida de la población, que en el marco del presente estudio reflejó que menos de la mitad de la población conserva niveles adecuados para este parámetro, lo que concuerda con los resultados arrojados por investigaciones ejecutadas por Barrera⁵⁵ en Ambato - Ecuador y por Sarasola⁵⁶ en la ciudad de Sevilla –España, ambos enfocados en poblaciones con algún grado de discapacidad, en el cual se revelan niveles de bienestar físico alterado en más del 60% de sujetos analizados, cifras aún mayores que las evidenciadas en la investigación local, lo que confirma una correspondencia entre los estados incapacitantes y las condiciones vinculadas con la esfera física de la salud del individuo, con una aparente relación inversamente proporcional entre el porcentaje de discapacidad y dicho grado de bienestar.

Por otro lado, se pudo identificar que en la población adulta mayor sin discapacidad los niveles de bienestar físico se mantienen en niveles adecuados en gran parte de la población o en su defecto presentan poca afectación, evidenciándose esta realidad en diferentes estudios entre ellos el realizado por Levis et al.⁴² y por Benito et al.⁵⁷ en ancianos sin condiciones de discapacidad significativa, en las cuales se evidenció una afectación en el bienestar físico en menos del 10% de sujetos evaluados, lo que revela que aunque la ancianidad no es sinónimo de malestares físicos, siempre y cuando este adulto mayor no padezca de afecciones en su salud que incurran en condiciones de discapacidad en cualquiera de sus tipos.

El bienestar físico como elemento de la calidad de vida no solo se ha sido analizado desde la óptica metodológica de la escala de FUMAT o GENCAT, las cuales guardan similitudes procedimentales, sino que al ser considerado como uno de los principales condicionantes que alteran el bienestar integral de la población, ha sido trabajado en base a otros instrumentos de recolección y análisis, entre ellos el denominado WHOQOL-BREF, aplicado por Dos Santos et al.⁵⁸ al abordar poblaciones de ancianos con afecciones crónicas o incapacitantes en localidades brasileñas, el cual determinó que la dimensión bienestar físico es una de las que presenta mayor deterioro perceptivo como determinante de la calidad de vida, encontrándose

en la población tanto urbana como rural una puntuación cercana a (57,26/100) lo que evidencia una realidad mucho similar a la del entorno analizado en esta investigación y corrobora de alguna manera que los diferentes instrumentos de valoración del bienestar físico apuntan hacia la valoración en un mismo horizonte metodológico y a su vez que la realidad del adulto mayor en su esfera física se encuentra en parámetros subestandar en la más de la mitad de sujetos estudiados.

El bienestar físico también ha sido analizado en la población adulta mayor desde la perspectiva instrumental propuesta a partir de la escala *Kidney Disease Quality of Life* – más conocido como SF-36, el cual fue aplicado en una ciudad costera de Chile por Retamal-Matus, et al.⁵⁹ en sujetos de la tercera edad con discapacidades producto de enfermedades crónicas, el cual gracias al instrumento empleado analizó el bienestar físico de manera diferenciada en cuatro dimensiones, evidenciando la afectación de puntuaciones medias de (38,42/100) en relación a la función física del sujeto y (44,42/100) en la variable rol físico, lo que evidencia que la escala antes citada por su grado de especificidad en la esfera física, al ser aplicada en sujetos con enfermedades incapacitantes, refleja condiciones muchos más severas que las observadas mediante la escala FUMAT en el ámbito local.

De forma subsecuente, al examinar la dimensión denominada Autodeterminación, la misma que en el contenido de la investigación en curso reflejó que casi la totalidad de la población analizada en cifras porcentuales del 93.3%, presentaron niveles por encima de la media, lo discrepa con la realidad evidenciada en investigaciones a nivel nacional como la ejecutada por Sivinta⁴⁷, en la sierra central, la cual reflejo puntuaciones idóneas en menos del 50% de los sujetos analizados, realidad que refleja que las diversa condiciones a las cuales se afronta la población adulta mayor, en este caso la privación de la libertad, provoca graves cambios en esta dimensión de la calidad de vida.

Al analizar en el contexto local la autodeterminación en función a la puntuación estándar alcanzada, que en al tenor del presente estudio alcanzo un índice promedio de (11,76), guarda similitud con los sucedidos otro escenario nacionales con similares características sociodemográficas, como el estudiado en la sierra sur por Sailema⁴⁸, el cual demostró que la media estándar de los sujetos participantes de la investigación otorgó cifras cercanas a 12 como índice de autodeterminación.

De la misma forma al comparar el comportamiento de esta dimensión de la calidad de vida en localidades de la subregión andina, como lo analizado en distintas localidades del Departamento de Lima- Perú, entre las cuales destacamos el estudios ejecutados por Caurino et al.⁶⁰ y Levis et al.⁴², en los cuales se evidenció una discrepancia significativa debido a que

en estas investigaciones los sujetos con niveles de autodeterminación aceptables en el mejor de los casos solo correspondía al 62% del total de encuestados. Caso similar se presenta en otro de los países andinos, como lo ocurrido en una ciudad colombiana en el estudio de Rodríguez-Flores et al.⁶¹, la misma que al ser comparada mediante la puntuación estándar promedio de autodeterminación en la población anciana abordada, reflejó un índice de 8.4, muy por debajo de lo reflejado en el índice de los sujetos longevos con discapacidad que acuden a la fundación Melvin Jones.

La inclusión social, es otra de las dimensiones tomadas en cuenta para la investigación integral de la calidad de vida de la población, que de forma específica en el grupo de ancianos con discapacidad del centro gerontológico expresó que solo 49% de analizados posee niveles aceptables de inclusión social y una puntuación estándar promedio de (9,62), situación que guarda semejanza con lo ocurrido en el escenario ecuatoriano, en el trabajo expuesto por Ayala⁶², el mismo que determinó puntuaciones de (9,00), en sujetos pertenecientes al rango de edades estudiado; al realizar esta semblanza con sujetos con algún en situación de discapacidad estos resultados desvían poco la balanza hacia una inclusión social efectiva, lo cual se corrobora en el grupo estudiado por Veliz⁶³, en una provincia costera del país, el cual evidenció una puntuación estándar por encima de (10,09), lo que traduce una baja percepción de inclusión social de la población longeva sea esta con condición incapacitante o no.

La inclusión social como determinante de la calidad de vida en el contexto internacional presenta grandes diferencias con los datos resultantes de la presente investigación, ya que en la mayoría de estudios, entre ellos los realizados en países de la región por Chuquilin et al.⁶⁴, así como otros realizados en la península ibérica por Martín⁶⁵, revelan que los niveles de inclusión social sobrepasan una percepción aceptable en más del 70% de la población llegando en casos hasta cifras cercanas al 90% y además revela poblaciones con puntuación estándar media de inclusión por encima de (11,6); de esta forma se podría inferir que la inclusión social varía dependiendo del contexto geo-político en el cual se desarrolle el individuo senil.

En el examen comparativo de la dimensión inclusión social con los diferentes instrumentos que la analizan, encontramos analogías en cuanto a la percepción de los sujetos investigados, debido a que con el uso de escalas como WHOQoL-OLD, la misma que designa este tópico como "Participación social", en investigaciones como las realizadas en México por Valdez et al.⁶⁶ y en Perú por Hernández et al.⁶⁷, en las cuales se evidencian cifras de inclusión social optimas solo en el 48% de sujetos analizados, lo que de alguna forma confirma la validez y confiabilidad de la escala aplicada en la población adulta mayor local.

Para culminar la discusión, tomando como referencia el componente de percepción de derechos, el mismo que para esta investigación reflejó que menos de la mitad de la población, en cifras cercanas al 42% de sujetos analizados perciben niveles deficientes en relación a la garantía de sus derechos, lo cual desentona con el producto generado en estudios como el levantado por Bar et al.⁶⁸ en la localidad costera de Hualmay-Perú, el mismo que determinó que más de 67.5% de usuarios percibe niveles de derecho por encima de la media estándar, lo que de alguna forma identifica diferencias normativas y legales entre el Ecuador y los países de la región, enfocada en garantizar derechos generales y específicos hacia población adulto mayor y sujetos con discapacidad.

Esta divergencia, presentada entre la investigación local, no solo se observa cuando se compara con países de la región andina, sino que se agudiza mucho más al compararlo con realidades propuestas en países de primer mundo, como por ejemplo lo ocurrido en la población adulta mayor con discapacidad de la ciudad española de Zamora estudiada por Martín(65), la misma que evidenció una puntuación estándar de (13,88), muy por encima de lo observado a nivel local; este panorama evidencia un fenómeno de transición demográfica, epidemiológica y legal efectivo, en los países donde la población adulta mayor prepondera sobre los demás grupos etarios constituyéndose en una mayoría que moldea cada una de las prestaciones y beneficios otorgados por el estado. El único escenario en donde se observó una percepción de derechos con puntajes inferiores a los obtenidos en esta investigación, fue el caso analizado por Hierro et al.⁶⁹ en la Ciudad de Santander-España que valoró sujetos adultos jóvenes y adultos mayores con discapacidad severa, en el cual la ponderación estándar media solo alcanzó (5,00), lo cual puede explicarse debido a que la población adulta joven posee mayor capacidad de demanda de derechos en comparación a los sujetos longevos en los cuales la expectativa de vida armoniza su percepción a cerca de la calidad de vida y la demanda de derechos.

Al observar el panorama nacional, comparando la realidad local versus estudios de similar envergadura y enfoque metodológico, entre ellos el desarrollado en localidades ecuatorianas tanto en la región del litoral⁶³ como en el contexto interandino⁴⁸ por autores antes citados, en los cuales la percepción de derechos considerando el valor denominado índice de puntuación estándar, en ninguno de los casos supero el (8,00), lo que evidencia una mayor afectación de la población anciana en estos entornos y de forma tangencial confirma que la mayoría de la población percibe la escasa garantía en sus derechos fundamentales.

VII. Conclusiones

Posterior al análisis de resultados y discusión con resultados de investigaciones similares en otras latitudes se concluye que:

- Gran parte de la población (64.44%), objeto de estudio pertenecen a usuarias del sexo femenino, la mayoría pertenecientes al grupo etario de ancianos, lo que evidencia la participación significativa de las mujeres en grupos organizados y de autoayuda con fines socio sanitarios.
- El índice de calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, posee un deterioro relativo en este contexto, con un índice de (96,49), lo que se traduce en alteraciones significativas en las diferentes dimensiones que miden el nivel de bienestar en las esferas biopsicosociales del adulto mayor, con una amplia correspondencia con lo que ocurre en entornos similares.
- La mayoría de adultos mayores con discapacidad, en cifras que llegan al 60%, presentan niveles de bienestar emocional, en cifras que sobrepasan la media estandarizada, lo que evidencia la preservación de la salud mental ante diversas condiciones incluyendo estados incapacitantes, aun en edades postremas de la vida del individuo.
- La mayoría de adultos mayores con discapacidad, en cifras que llegan a más del 60%, presentan niveles en Las relaciones interpersonales, en cifras que sobrepasa la media estándar, las cuales incorporan parámetros como el nexos familiar y la cohesión al núcleo cercano de amistades.
- La mayoría de adultos mayores con discapacidad, en cifras que llegan al 89.9%, presentan niveles de afectación del bienestar material, por debajo de la media estándar, todo ello relacionado a sus condiciones financiera, jubilar y de vivienda que son los pilares que fundamentan esta dimensión.
- La minoría de adultos mayores con discapacidad, en cifras de 24.4%, presentan niveles de desarrollo personal muy por debajo de la media estandarizada, lo cual está vinculado a la conservación de niveles cognitivo-perceptivos, por lo tanto se constituyó en una de las dimensiones con menor grado de afectación en la población longeva.
- Más de la mitad de adultos mayores con discapacidad, en cifras mayores del 51.1%, presentan niveles de bienestar físico por debajo de la media estándar, lo cual estuvo reflejado en un grado significativo de afectación en parámetros como la movilidad, la continencia, la funcionalidad de órganos sensoriales y la memoria.

- La mayoría de adultos mayores con discapacidad, en cifras del 93.3%, presentan niveles de Autodeterminación que sobrepasa la media estándar, lo cual se convierte en un factor protector de la calidad de vida del adulto mayor local y contrario a lo que ocurre en otros escenarios tanto a nacionales como internacionales; ésta dimensión se encuentra alterada solo en menos del 7% de la población analizada, lo que evidencia la importancia de la resiliencia y la autoestima en la gestión del bienestar integral de este grupo humano, sobre todo en las edades postremas en la cual se presentan múltiples cambios que deben ser analizados con asertividad, para el disfrute de un proceso de envejecimiento armónico.
- La mitad del porcentaje de adultos mayores con discapacidad, en cifras del 51%, presentan niveles de la Inclusión Social, por debajo de la media estándar, dilucidando una afectación hacia lo negativo en el sujeto longevo, para la creación y consolidación de redes de apoyo comunitario, sean éstas de carácter formal e informal que faciliten de alguna forma la gestión de su salud de manera holística.
- Menos de la mitad de adultos mayores con discapacidad, en cifras de 42.2%, presentan niveles que sobrepasan la media estándar en la dimensión Derechos de la población estudiada; representados en la creación y aplicación de instrumentos normativos, leyes y reformas dirigidas a grupos prioritarios, como elementos específicos de la dimensión que analiza la garantía de los derechos de la población anciana con discapacidad; ésta condición refleja legislaciones debilitadas y con un enfoque limitado hacia la población con vulnerabilidad.

VIII. Recomendaciones

Posterior a lo analizado durante el trabajo investigativo y a el análisis del contexto local y global es pertinente el planteamiento de las siguientes recomendaciones:

- Fomentar la participación efectiva de los adultos mayores con discapacidad en escenarios en los cuales se gestione de forma holística su salud en demanda de sus necesidades enfocadas no solo en el aspecto físico, sino que aborde de forma concomitante sus esferas psíquica y social, con la pretensión de incidir en la reducción del envejecimiento patológico y la dependencia del adulto mayor.
- Mejorar los procesos de intervención y mantenimiento de la calidad de vida de los adultos mayores en exclusiva en factores relacionados con su bienestar material, inclusión social y la garantía de derechos, mediante la creación de políticas públicas que garanticen su inclusión en la sociedad y en que busquen la reducción de las brechas de desigualdad presentes en entre sectores de la sociedad y la población longeva y en condición de discapacidad.
- Fortalecer los elementos protectores de la calidad de vida entre ellos la autodeterminación y el desarrollo personal mediante la creación de programas lúdico-recreativos y talleres vivenciales dirigidos hacia usuarios y sus cuidadores en los cuales se resalte la autoestima y el valor propio de los sujetos longevos y con discapacidad, generando cambios en la conciencia de la sociedad a cerca de los grupos vulnerables.
- Optimizar los servicios socio-sanitarios encargados de la intervención de la población adulta mayor proponiendo un abordaje multidisciplinario del sujeto, no solo integrado por personal de salud, sino que se incluya en el mismo, gestores del sector productivo, financiero, vivienda y social, de manera conjunta con los gobiernos seccionales para efectivizar y cristalizar en obras el 5% del presupuesto local asignado para la atención a grupos prioritarios.
- La calidad de vida al ser un elemento subjetivo de la salud global del individuo con variaciones significativas dependiendo el sujeto, se propone la intervención individualizada de cada sujeto en los entornos clínico-asistenciales y sociales que gestionan la calidad de vida del adulto mayor, con la finalidad de obtener mejores resultados en los servicios ofertados.

IX. Referencias

1. Álvarez Vázquez L, Dominguez YA, Rodríguez Cabrera A. La transición demográfica y epidemiológica y su repercusión en la diabetes mellitus, cuba. 1970-2015. Rev Científica la Esc Univ las Ciencias la Salud [Internet]. el 17 de enero de 2019;4(1):5–14. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/7063>
2. CEPAL. Tendencias recientes de la Población de América Latina y el Caribe. Día Mund la población 2019. 2019;
3. Villacís B, Carrillo D. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Analitika. 2012;
4. Direccion Poblacion Adulta Mayor. Dirección Población Adulta Mayor – Ministerio de Inclusión Económica y Social. Ministerio de Inclusion Economica y Social. 2015.
5. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) / Dirección de Gestión Técnica, Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Estadísticas | CONADIS. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. 2017.
6. de Jaeger C. Fisiología del envejecimiento. EMC - Kinesiterapia - Med Física [Internet]. abril de 2018;39(2):1–12. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S129329651889822X>
7. Cerquera Córdoba A, Quintero Mantilla M. Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. Rev Virtual Univ Católica del Norte. 2015;
8. González N. Síndrome de inmovilización en el adulto mayor. Rev Médica Costa Rica y Centroam LXXI. 2015;
9. Solarte KG, Benavides Acosta FP, Rosales Jiménez R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana Chronic Disease Cost not Transferable: Colombian Reality Crônica custo doença intransferível: realidade colombiana. Rev Cienc Salud. 2016;
10. Álvarez L. Síndrome de caídas en el adulto mayor. Rev Médica Costa Rica y Centroam LXXI. 2015;
11. Díaz Alay ZS, Pavajeau Hernandez JJ, Santos Holguin SA, Juez Morán TA. Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores de la parroquia anconcito, Santa Elena. Cienc Digit [Internet]. el 12 de abril de 2018;2(1):168–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33262/cienciadigital.v2i1.12>
12. Lozano Rengifo MJ, Chavarro Carvajal DA. Deterioro funcional hospitalario. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a mejorar la calidad de atención del

- anciano. Univ Médica [Internet]. el 27 de septiembre de 2017;58(3). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/20127>
13. Merodio Pérez Z, Rivas Acuña V, Martínez Serrano A. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. Horiz Sanit [Internet]. el 10 de marzo de 2015;14(1):14. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/800>
 14. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. el 2 de junio de 2016;33(2):199. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196>
 15. Chavez AA, López Montes E. Deporte, Salud y Calidad de Vida. Espí-ritu Emprend TES [Internet]. el 31 de enero de 2017;1(1):39–45. Disponible en: <https://www.espirituempredortres.com/index.php/revista/article/view/6>
 16. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Univ [Internet]. julio de 2016;13(3):159–65. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/79>
 17. Fhon JRS, Gonzales Janampa JT, Mas Huaman T, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. Av en Enfermería [Internet]. el 1 de septiembre de 2016;34(3). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/58704>
 18. Lenardt MH, Carneiro NHK, Binotto MA, Willig MH, Lourenço TM, Albino J. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. junio de 2016;69(3):478–83. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300478&lng=pt&tlng=pt
 19. Poblete Valderrama F, Flores Rivera C, Díaz Sandoval E. Funcionalidad, fuerza y calidad de vida en adultos mayores activos de Valdivia. Rev Ciencias la Act Física. 2015;
 20. Arévalo-Avecillas D, Game C, Padilla-Lozano C, Wong N. Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. Inf tecnológica [Internet]. octubre de 2019;30(5):271–82. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642019000500271&lng=en&nrm=iso&tlng=en

21. López-Torres Hidalgo JD, Baena Díez JM, Herreros Herreros Y, de-Hoyos Alonso MC, Gorroñoigoitia Iturbe A, Martín Lesende I. Actividades preventivas en los mayores. *Atención Primaria* [Internet]. junio de 2016;48:98–104. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656716301901>
22. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter psicológica* [Internet]. abril de 2012;30(1):61–71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
23. Poblete-Valderrama F, Castillo CM, Sandoval ED, Silva PV, García MA. Depression, cognition and quality of life in active seniors. *Rev Ciencias la Act Física UCM* N°. 2015;16(2):71–7.
24. López-González E. Estudio de movimiento para la rehabilitación de enfermedades óseomusculares en adultos mayores con modelo virtual. Artículo *Rev Tecnol e Innovación* Septiembre. 2016;
25. Granados I. Calidad de vida laboral: historia, dimensiones y beneficios. *Rev Investig en Psicol* [Internet]. el 3 de marzo de 2014;14(2):209. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/2109>
26. el Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, sa De la Rosa-Galván EV, Nava-Zavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Resid.* 2016;
27. Sanabria Hernández MS. Calidad de vida e instrumentos de medición. *Trab Fin Grado.* 2016;
28. Torres Saumeth KM. Calidad y su evolución: una revisión. *Dimens Empres* [Internet]. el 13 de agosto de 2014;10(2):100. Disponible en: <http://ojs.uac.edu.co/index.php/dimension-empresarial/article/view/213>
29. Sánchez Pedraza R, Sierra Matamoros FA, Martín Cardinal E. ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? *Av en Psicol Latinoam* [Internet]. el 18 de abril de 2015;33(3):371. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3215>
30. Cuesta Gómez JL, De la Fuente Anuncibay R, Vidriales Fernández R, Hernández Layna C, Plaza Sanz M, González Bernal J. Bienestar físico, dimensión clave de la calidad de vida en las personas con autismo. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol* [Internet]. el 19 de noviembre de 2017;4(1):33. Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1025>

31. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Física e Esporte* [Internet]. junio de 2012;26(2):241–50. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=pt&tlng=pt
32. Sandoval Barrientos S, Dorner París A, Véliz Burgos A. Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investig en Educ Médica* [Internet]. octubre de 2017;6(24):260–6. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/689>
33. Moreta Herrera R, Gaibor I, Barrera L. El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios ecuatorianos. *Salud Soc.* 2017;
34. Salas Zapata C, Garzón Duque M. La noción de calidad de vida y su medición. *Rev CES Salud Pública.* 2013;4(1):36–46.
35. Hernández Ríos M. El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Rev CES Derecho.* 2015;
36. Bernal Torres CA. Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales. PEARSON Educ [Internet]. 2013;30(9999):2–2. Disponible en: http://www.pdcnet.org/oom/service?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=&rft.imuse_id=enviroethics_2008_0030Supplement_0002_0002&svc_id=info:www.pdcnet.org/collection
37. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2014.
38. Gómez DR, Roquet JV. Metodología de la investigación. México Red Terc Milen Recuper http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/axiologicas/Metodologia_de_la_investigacion.pdf. 2012;
39. Zambrano Vera NMT, Biler Reyes SA, Anchundia Delgado IM, Zavala Morales AA, Montenegro Parrales MDL. Metodología de la investigación educativa [Internet]. *Metodología de la investigación educativa.* Cidepro Editorial; 2019. Disponible en: <https://libros.cidepro.org/index.php/cidepro/catalog/book/978-9942-792-85-3>
40. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de Corte Transversal. *Rev Médica Sanitas* [Internet]. el 30 de septiembre de 2018;21(3):141–6. Disponible en: http://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev_Medica_Sanitas_21-3_MRodriguez_et_al.pdf
41. Cadena Iñiguez P, Rendón-Medel R, Aguilar-Ávila J, Salinas- Cruz E, De la Cruz-Morales FDR, Sangerman- Jarquín DM. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o

- su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Rev Mex Ciencias Agrícolas* [Internet]. el 13 de noviembre de 2017;8(7):1603. Disponible en: <http://cienciasagricolas.inifap.gob.mx/editorial/index.php/agricolas/article/view/515>
42. Levis Alfaro JJ, Castillo Curi F, Villa Casapino E. Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica, Lima, Perú, 2014. *Rev Investig Univ.* 2017;
 43. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Proyecciones Poblacionales Ecuador. Proyecciones Poblacionales.* 2018.
 44. S. LM, G. U, A. A, B. J. Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2014;13(2):337–49. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180431105016>
 45. Urzúa M A, Navarrete M. Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. *Rev Med Chil* [Internet]. enero de 2013;141(1):28–33. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 46. Chaves-García M, Sandoval-Cuellar C, Calero-Saa P. Asociación entre capacidad aeróbica y calidad de vida en adultos mayores de una ciudad colombiana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. el 4 de diciembre de 2017;34(4):672. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2522>
 47. Sivinta Almache TL. Calidad de vida y rehabilitación social del adulto mayor hombre privado de libertad de la etapa de mínima seguridad del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte cotopaxi [Internet]. Universidad Técnica de Ambato; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31778/1/BJCS-TS-334.pdf>
 48. Sailema Manotoa PM. Calidad de vida en mujeres mayores de 60 años, Centro de Salud N1, Azogues 2018 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2019. Disponible en: [https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32157/1/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32157/1/PROYECTO_DE_INVESTIGACIÓN.pdf)
 49. León Cajamarca AN, Humala Pillco DM. Calidad de vida en personas con discapacidad de la asociación biblican sin barreras “luchando por la inclusión” cañar 2016 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2016. Disponible en: [https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26477/1/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26477/1/PROYECTO_DE_INVESTIGACIÓN.pdf)

50. Belén Navarro A, Bueno Martínez B, Buz Delgado J. Bienestar emocional en la vejez avanzada: estudio comparativo por edad y género. *Psychol Soc Educ* [Internet]. el 28 de abril de 2017;5(1):41. Disponible en: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/495>
51. Gavín Chocano Ó, Molero D. Estudio sobre Inteligencia Emocional, Calidad de Vida y relaciones interpersonales de personas con Discapacidad Intelectual. *Psychol Soc Educ* [Internet]. el 25 de noviembre de 2019;11(3):313. Disponible en: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/2078>
52. Bustamante MA, Lapo M del C, Torres JD, Camino SM. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Inf tecnológica* [Internet]. 2017;28(5):165–76. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642017000500017&lng=en&nrm=iso&tlng=en
53. Mesa-Fernández M, Pérez-Padilla J, Nunes C, Menéndez S. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Cien Saude Colet* [Internet]. enero de 2019;24(1):115–24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100115&tlng=es
54. Salgado Escalona M, Noa Legrá M, Matos Laffita D, Cardero Leyva Y, Castillo Perez D. Influence of some biopsychosocial factors in the subjective well-being of institutionalized elderly. *MediSan*. el 24 de octubre de 2016;20(10):4045–51.
55. Barrera Urrutia JC. Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor [Internet]. Universidad Técnica de Ambato; 2017. Disponible en: [https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis Deterioro cognitivo y Calidad de vida-Carolina Barrera.docx.pdf](https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf)
56. Sarasola Fernández A. Personas mayores, participación social y calidad de vida: El caso de los Bancos del Tiempo [Internet]. Universidad Pablo de Olavide; Disponible en: <https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/7204/sarasola-fernandez-tesis-18-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
57. Benito E, Alsinet C, Maciá A. Quality of life in Homeless people with and without disabilities. The case of city of Lleida. En: IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. 2018.
58. Dos Santos Tavares DM, Oliveira Barreto G, Aparecida Dias F, Sousa Pegorari M, Fernandes Martins NP, Dos Santos Ferreira PC. Diferencias en los indicadores de

- calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que vive en el área urbana y rural de Minas Gerais, Brasil. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2015 [citado el 16 de enero de 2021];32(1):58. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-46342015000100009&script=sci_arttext&tlng=pt
59. Retamal-Matus H, Arredondo J, Domínguez E, Mac Donald H, Olgúin K. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia. *Psicogeriatría* [Internet]. 2015 [citado el 16 de enero de 2021];5(2):77–83. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0077_0083.pdf
 60. Caurino-Corpus Y, Barboza-Valenzuela EST. Calidad de vida de los usuarios del centro integral del adulto mayor de la municipalidad provincial de Barranca, 2019 [Internet]. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. [Huacho]: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2019 [citado el 16 de enero de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/3239>
 61. Rodríguez Flórez EY, Rodríguez Medina AC. Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores de 60 años institucionalizadas en un centro de bienestar el adulto mayor de la ciudad de Bucaramanga en el año 2018 [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería, Bucaramanga. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería, Bucaramanga; 2018 [citado el 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/18363>
 62. Ayala Martínez E. Relación entre el estado nutricional y los estilos de vida en adultos mayores del hospital de atención integral del adulto mayor quito [Internet]. [Riobamba]: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2017 [citado el 16 de enero de 2021]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/7403/1/20T00904.pdf>
 63. Véliz Mero N. Impacto en la calidad de vida de las personas con discapacidad, posterior al plan de intervención del Bono “Joaquín Gallegos Lara”, en Ecuador. *Domino las Ciencias* [Internet]. 2016 [citado el 16 de enero de 2021];2(0):189–200. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/indexCienciasdelasalud>
 64. Chuquilin Palomino DY, Marín Marín IY. Relación entre la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares atendidos en centro de salud la tulpuna-cajamarca Perú. 2019 [Internet]. [Cajamarca]: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrello; 2020 [citado el 16 de enero de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1208/PDF>

- 2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y
65. Martín R. Características de la calidad de vida en residentes de una institución geriátrica. Rev INFAT Psicol [Internet]. el 30 de noviembre de 2019 [citado el 16 de enero de 2021];2(2):227–40. Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEF/article/view/1914>
 66. Valdez-Huirache MG, Álvarez-Bocanegra C. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. Horiz Sanit (en línea) [Internet]. 2018 [citado el 16 de enero de 2021];17(2):113–21. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
 67. Hernandez-Huayta J, Chavez-Meneses S, Yhuri Carreazo N. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. el 13 de diciembre de 2016 [citado el 16 de enero de 2021];33(4):680. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2551>
 68. Bar Ibarra YY, Silva Santos MM. Calidad de vida de los beneficiarios del programa pensión 65 Municipalidad Distrital, Hualmay 2017 [Internet]. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. [Huacho]: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2017 [citado el 18 de enero de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/1909>
 69. Hierro Zorrilla I, Verdugo Alonso MÁ, Gómez Sánchez LE, Fernández Ezquerra S, Cisneros Fernández P. Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades significativas: aplicación de la Escala San Martín en la Fundación Obra San Martín. Rev Española Discapac [Internet]. junio de 2015 [citado el 18 de enero de 2021];3(1):93–105. Disponible en: https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/120/pdf_9

X. Anexos

Consentimiento Informado



Consentimiento para participar en un estudio de investigación - ADULTOS -

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores : Zully Shirley Díaz Alay.
 Título: Calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones. La libertad – Ecuador, 2020.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones. La libertad – Ecuador, 2020.”. Se está realizando este estudio para determinar Calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones. La libertad – Ecuador, 2020, con la finalidad de conocer los resultados y proponer un modelo práctico y efectivo que incida de forma satisfactoria en la calidad de vida de este grupo vulnerable.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 25 minutos. La entrevista puede realizarse en Fundación Melvin Jones. La libertad o en su domicilio.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted trabaja o estudia y a la universidad.
3. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo, estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo, y de ser necesario se suspenderá la entrevista.

Beneficios:

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista, mediante una serie de cuatro sesiones de trabajo enfocadas estrategias de promoción y prevención para el mejoramiento de su bienestar físico, psicológico y social, a través de talleres vivenciales de bailoterapia, gimnasia pasiva, juegos de memoria y roles entre otros a desarrollarse posterior a la aplicación de la encuesta y las cuatro semanas subsecuentes.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al

estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Zully Shirley Díaz Alay al tel.0995496644, investigador principal.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Participante
Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador
Nombre: Zully Shirley Díaz Alay
DNI: 0995496644

Fecha

Instrumento de evaluación



**USAT – MAESTRÍA EN ENFERMERIA
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD,
FUNDACIÓN MELVIN JONES LA LIBERTAD-ECUADOR, 2018**

Escala FUMAT.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		Día	Mes	Año
Nombre:	Fecha de aplicación			
Apellidos:	Fecha de nacimiento			
Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Edad cronológica			
Dirección:				
Localidad/Provincia/:				
Teléfono:	Lengua hablada en casa:			

Nombre de la persona que completa el cuestionario:	
Puesto de trabajo:	
Dirección:	
Correo electrónico:	Teléfono:

Nombre de otros informantes:	Relación con la persona:	Idioma:

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
En general, se muestra satisfecho con su vida.	4	3	2	1
2. Manifiesta sentirse inútil.	1	2	3	4
3. Se muestra intranquilo o nervioso.	1	2	3	4
4. Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
5. Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.	4	3	2	1
7. Manifiesta sentirse triste o deprimido.	1	2	3	4
8. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

RELACIONES INTERPERSONALES	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10. Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.	4	3	2	1
11. Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude.	4	3	2	1
12. Carece de familiares cercanos.	1	2	3	4
13. Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
14. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:				

BIENESTAR MATERIAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15 . El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16 . Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17 . Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18 . El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que le impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19.El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.	1	2	3	4
20 dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21 El lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

DESARROLLO PERSONAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22 . Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódicos, etc.)	4	3	2	1
23 . Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24. Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25. En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27 . Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28 Es responsable de la toma de su . medicación	4	3	2	1
29 . Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				
BIENESTAR FÍSICO	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30 . Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31 . Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32 . Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.	1	2	3	4
33. Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35 Tiene dificultades de visión que le . impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

AUTODETERMINACIÓN	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36. Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37. Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38. Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39. Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40. Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41. Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42. Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43. Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

INCLUSIÓN SOCIAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44. Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.	4	3	2	1
45. Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46. En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	4
47. Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48. Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50. Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51. Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52. Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

DERECHOS	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
53. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54. Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	1	2	3	4
55. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57. Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Nombre y Apellidos
Informante
Fecha de aplicación

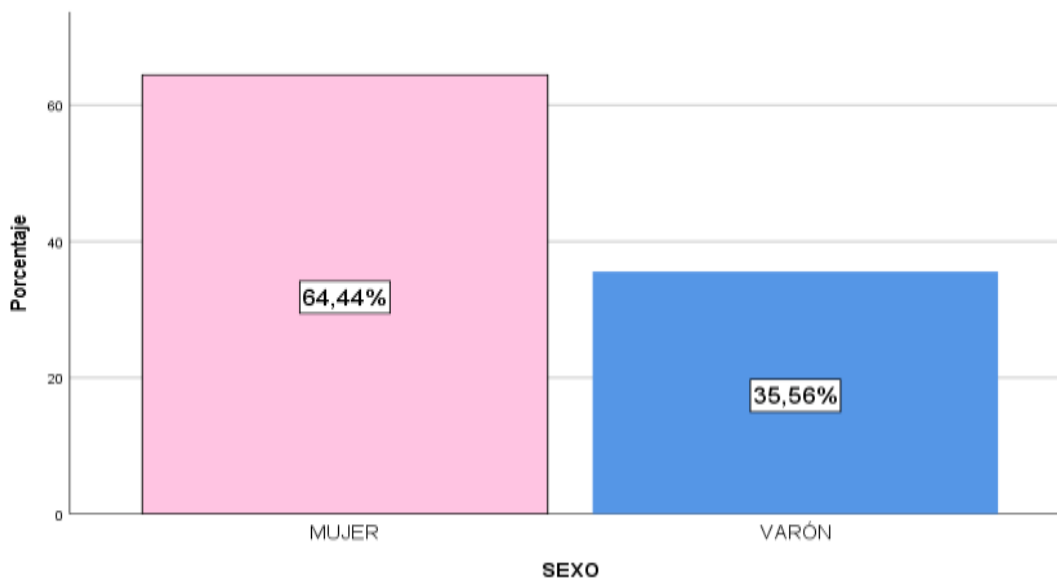
Sección 1ª. Escala de Calidad de Vida FUMAT			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones.			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles.			
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida.			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión Social			
Derechos			
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil de Índice e Calidad de Vida			

Sección 1b. Perfil de Calidad de Vida										
Rodea la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida. Después una los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil										
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

(Verdugo, Gómez, y Arias, 2009, pp.81-89)

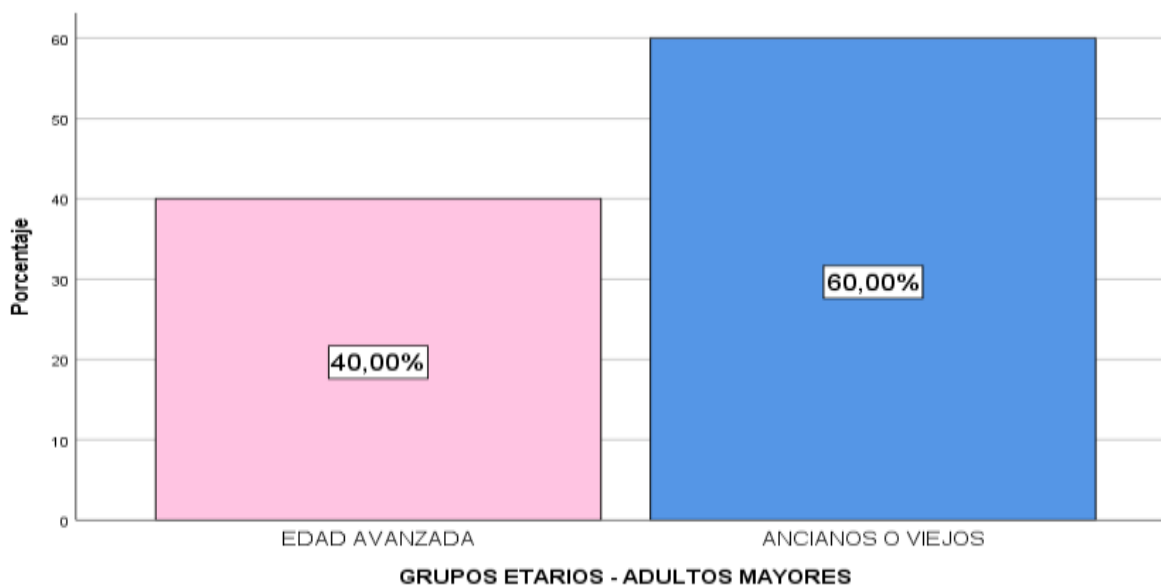
Análisis de datos sociodemográficos

Figura 9. Análisis porcentual de la población adulta mayor con discapacidad, según sexo
Fundación Melvin Jones, La Libertad-Ecuador, 2020



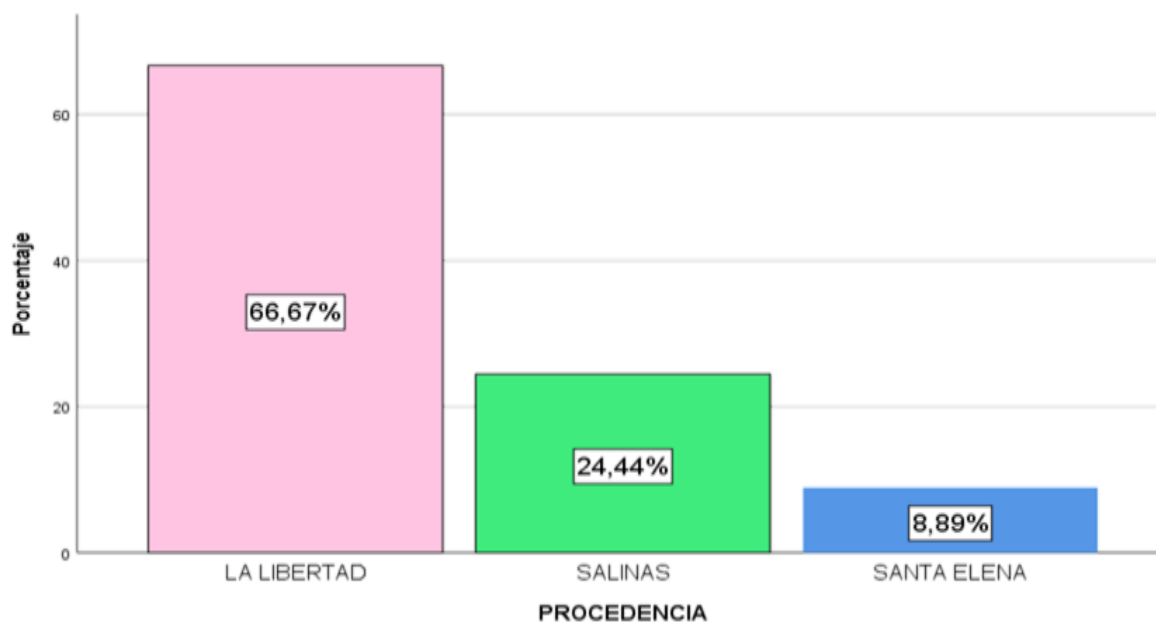
INTERPRETACIÓN: La figura N° 9, muestra que la mayoría de los adultos mayores analizados corresponden a mujeres, con cifras que alcanzan el 64.44% de los participantes, mientras que los varones constituyen un grupo minoritario que solo alcanza el 36.56% de los sujetos participantes.

Figura 10. Análisis porcentual de la población adulta mayor con discapacidad de la Fundación Melvin Jones, según grupos etarios La Libertad-Ecuador, 2020



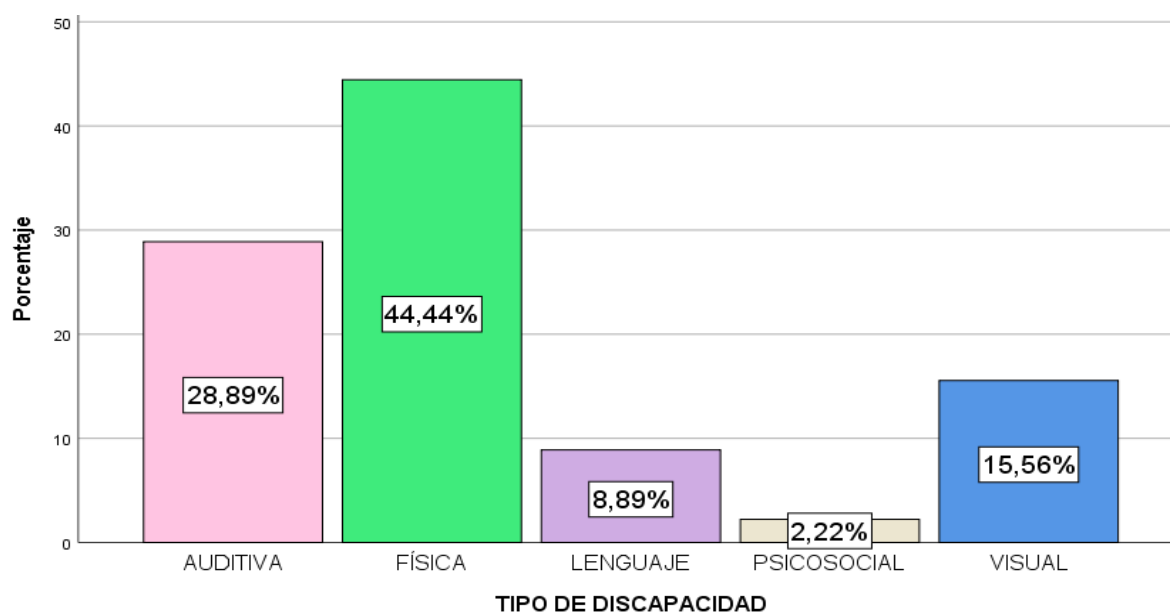
INTERPRETACIÓN: La figura N° 10, muestra que la gran parte de sujetos que participaron en la investigación, pertenecen al grupo etario denominado **ancianos**, con cifras que alcanzan el 60%, en contraste con el 40% que corresponde rango **edad avanzada**.

Figura 3. Análisis porcentual de la población adulta mayor con discapacidad de la Fundación Melvin Jones, según lugar de procedencia La Libertad-Ecuador, 2020



INTERPRETACIÓN: La figura N° 3, determinó que la mayoría de adultos mayores provienen del cantón La libertad, con cifras del 66.6%, seguido por los que habitan en el cantón Salinas, que en datos porcentuales corresponden al 24,4% de la población analizada.

Figura 4. Análisis porcentual de la población adulta mayor con discapacidad de la Fundación Melvin Jones, según tipo de discapacidad La Libertad-Ecuador, 2020



INTERPRETACIÓN: La figura N° 4, muestra que el tipo de discapacidad que predominó en los adultos mayores analizados fue la discapacidad **física**, representadas en 44.4% de los sujetos analizados, el 28.8% presentan discapacidad auditiva y el 15.5% discapacidad visual; en contraste con la discapacidad de tipo **psicosocial** que solo está presente en el 2.2% de la población estudiada.