

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO



Calidad de vida y resiliencia en adultos mayores con deficiencias visuales.
Cantón Cuenca Ecuador, 2024

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN ENFERMERÍA

AUTOR

Nancy Gabriela Ortiz Davalos

ASESOR

Elaine Lazaro Alcantara

<https://orcid.org/0000-0002-7705-626X>

Chiclayo, 2025

**Calidad de vida y resiliencia en adultos mayores con deficiencias
visuales. Cantón Cuenca Ecuador, 2024**

PRESENTADA POR

Nancy Gabriela Ortiz Davalos

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

DOCTOR EN ENFERMERÍA

APROBADA POR

Rosa Jeuna Díaz Manchay

PRESIDENTE

Mirian Elena Saavedra Covarrubia

SECRETARIO

Mirtha Flor Cervera Vallejos

SEGUNDO VOCAL

Elaine Lazaro Alcantara

VOCAL ASESOR

Dedicatoria

Dedico esta investigación a mi querida familia que siempre ha estado presente en los momentos más efímeros y melancólicos de mi vida, de igual manera, dedico dichas páginas a mis adultos mayores que hicieron posible este trabajo.

Agradecimientos

Les agradezco a mi familia, muy profundamente a mi tutora por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada.

Calidad de vida y resiliencia en adultos mayores con deficiencias visuales. Cantón Cuenca Ecuador, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	2%
2	www.cid.harvard.edu Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	www.inger.gob.mx Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.autonoma.edu.co Fuente de Internet	<1%
7	issuu.com Fuente de Internet	<1%
8	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	8
Revisión de literatura.....	17
Materiales y métodos	36
Resultados y discusión	38
Conclusiones	88
Recomendaciones	89
Referencias	96
Anexos	103

Resumen

Este estudio analiza la relación existente entre la calidad de vida y el nivel de resiliencia con indicadores sociodemográficos y funcionamiento familiar en la población adulta mayor con deficiencias visuales. Cantón Cuenca Ecuador, 2024. Materiales y métodos: Estudio descriptivo-correlacional-transversal, en 101 adultos mayores quienes, mediante un previo consentimiento informado, se les aplicó una ficha de recojo de datos con información sociodemográfica. Aplicación del instrumento NEI VFQ-25 validado para determinar el impacto de la discapacidad visual en la vida diaria y bienestar de la persona. Test RS-14: utilizado para medir la resiliencia y complementando esta medición se aplicó la prueba APGNAR familiar: sirve para medir la funcionalidad del entorno familiar. Los datos obtenidos fueron procesados mediante Software “SPSS28” con análisis multivariado. Resultados: La muestra fue homogénea entre hombres y mujeres. Las edades oscilaron entre los 60 a 79 (79,2%), el 55,4% residían en área urbana, 47,5% casados, 44,6% con secundaria. El 60,4% auto percibió un funcionamiento familiar muy funcional, el nivel de resiliencia fue muy alta (65,3%). La horizontalidad de calidad de vida visual alcanzó una media de 77.9. No se encontró diferencia significativa entre calidad de vida visual y sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ni funcionamiento familiar, pero si con lugar de residencia (urbana o rural). Conclusión: Aunque la totalidad de la población encuestada adulta mayor poseía una deficiencia visual, a un 95% de confianza se estima que no existe relación significativa ($p > 0.05$) entre la puntuación de la calidad de vida Visual y nivel de resiliencia.

Palabras clave: Discapacidad Visual (M01.150.850), Calidad de Vida (I01.800), Resiliencia (F02.940), Funcionamiento familiar, Adulto mayor (M01.060.116.100)

Abstract

The study analyzes the relationship between quality of life and the level of resilience with sociodemographic indicators and family functioning in the elderly population with visual problems. Cuenca-Ecuador, 2024. Materials and methods: Descriptive-correlational-cross-sectional study, in 101 elderly people who gave us their consent to apply a data collection form with sociodemographic information. The NEI VFQ-25 instrument was used to determine the impact of visual impairment on the person's daily life and well-being. RS-14 Test: used to measure resilience and the family APGNAR test was also applied: it serves to measure the functionality of the family environment. The data obtained were processed using "SPSS28" software with multivariate analysis. Results: The sample was homogeneous between men and women. The ages ranged from 60 to 79 (79.2%), 55.4% lived in an urban area, 47.5% married, 44.6% with high school. 60.4% evidenced functional family functioning, the level of resilience was very high (65.3%). Visual quality of life reached a mean of 77.9. No difference was found between quality of visual life and sex, age, marital status, level of education, or family functioning, but there was a difference with place of residence (urban or rural). Conclusion: Although the entire older adult population surveyed had a visual deficiency, at 95% it is estimated that there is no significant relationship ($p > 0.05$) between the Visual quality of life score and level of resilience.

Keywords: Visual Impairment (M01.150.850), Quality of Life (I01.800), Resilience (F02.940), Family Functioning, Older Adult (M01.060.116.100)

Introducción

El proceso de envejecimiento de la población es una realidad mundial que ha provocado un notable incremento en la cantidad de personas de la tercera edad en todas partes del planeta. La vejez, también conocida como tercera edad o edad adulta avanzada, es una etapa muy delicada en la vida de una persona, debido a que está marcada por una serie de cambios evolutivos que evidencian el deterioro natural del cuerpo humano (1). Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento trae como resultado una gran variedad de deterioros celulares en diferentes órganos, lo que conlleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales (2).

Así, el envejecimiento poblacional se ha convertido en un problema que debe ser abordado a nivel mundial, puesto que, en las últimas décadas se ha observado un incremento significativo del grupo de personas mayores de 60 años; se espera que entre 2015 y 2030 la cantidad de adultos mayores de 60 años aumente significativamente, pasando de 900 a 1400, millones de personas aproximadamente, lo cual representa un incremento del 64%. A pesar de que Europa es el continente con el envejecimiento más pronunciado, América Latina y el Caribe están experimentando un cambio notable, tanto así, que para el año 2037 se espera que la población de adultos mayores supere a la de menores de 15 años en esta región. Es más, actualmente, el grupo demográfico de personas mayores de 60 años consta de 76 millones de individuos, con proyección de 147 y 264, millones, respectivamente, para el 2037 y 2075 (3).

En consecuencia, las proyecciones respaldan el hecho de que en los próximos años la población adulta mayor irá creciendo, esto, trae consigo consecuencias para la salud pública, puesto que, se genera una mayor demanda de servicios y salud y, a su vez, una mayor prevalencia de enfermedades, teniendo en cuenta que, como se mencionó previamente, durante la vejez y el envejecimiento, las personas pueden experimentar una disminución de la capacidad física, cognitiva y sensorial, así como, cambios en la apariencia física y en la salud en general (4).

Por lo tanto, considerando las tendencias de crecimiento poblacional con respecto a la población adulta mayor y, las diversas enfermedades que surgen a esa edad, nos enfocamos en el deterioro sensorial, mismo que puede afectar el sentido de la vista. Claramente, las deficiencias visuales, ya sea total o parcial, supone una alteración de las actividades cotidianas del individuo, incide en sus relaciones personales y sociales, ya que imposibilita la ejecución

de acciones laborales y del hogar. En ese sentido, se producen efectos negativos, en primer lugar, porque la persona comienza a sentirse inútil y dependiente de otro para realizar sus tareas básicas. En segundo lugar, trae consigo consecuencias económicas y repercusiones sociales, pues las dinámicas familiares varían dependiendo de muchos factores (5).

Ahora bien, a nivel cognitivo hay un impacto en los adultos con deficiencia visual, pues la falta de percepción de la información que proviene del entorno reduce las experiencias, ocasiona retraso en el conocimiento, captación y diferenciación de los objetos, dificulta la construcción de imágenes mentales, la comprensión de la relación causa/ efecto, y espacio/ tiempo. De manera que, los desafíos que deben superar las personas con discapacidad son diversos, en algunos casos deben aprender a leer y escribir en sistema braille, orientarse en la calle, aprender a reconocer los espacios del hogar, a caminar empleando bastón, en otros casos menos graves es preciso aprender a usar lectores de pantalla para el uso adecuado de computadoras y teléfonos móviles (6).

En cuanto al desarrollo emocional, este es uno de los aspectos que indiscutiblemente se afecta por la discapacidad visual en los adultos mayores, además de incidir en el núcleo familiar. Se pueden evidenciar vinculaciones afectivas intensas, apego, asimismo, se tornan inseguras, pueden sentir miedo ante la presencia de personas desconocidas, pueden decidir aislarse, mostrar pasividad, también son muy frecuentes los cambios de humor, de allí la importancia de la comunicación y el acompañamiento para fomentar la socialización (7). Lo expuesto hasta ahora, resalta el impacto negativo de la deficiencia visual en los adultos mayores.

En concordancia con lo anterior, el déficit visual tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores, ya que afecta su independencia, seguridad, salud y bienestar emocional. Entendiéndose por calidad de vida, como el bienestar, la felicidad y satisfacción de la persona, que le otorga a esta cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva relacionada con la vida. La calidad de vida es una noción compleja que abarca diversas dimensiones y, se ve afectada por factores como: la situación económica, los hábitos de vida, el estado de salud, las condiciones de vivienda, la satisfacción personal y el entorno social en el que vive una persona mayor (8).

Con respecto a lo tratado, la calidad de vida de las personas adultas mayores depende en gran medida de los hábitos de alimentación y factores de riesgo de tipo psico-social, variables

que establecen la seguridad alimentaria y nutricional de los pacientes, la falta de recursos, escasa disponibilidad de alimentos, presencia de enfermedades crónicas, entre otros (9).

Así, la calidad de vida en el adulto mayor con deficiencia visual es un tema de alta contemporaneidad, interés y trascendencia que ha sido investigado en el ámbito mundial, abordado desde los más variados enfoques y modelos teóricos existentes. Adicionalmente, existe preocupación por lograr una adecuada salud en los grupos vulnerables como los adultos mayores. Al respecto, se considera que la promoción de la salud es un tema fundamental que ayuda a mejorar la situación de salud de los individuos de manera integral, abarcando aspectos como la alimentación, la actividad física, el descanso, los hábitos perjudiciales, la relación del individuo con su entorno, su situación de vida, acceso a recursos esenciales y educación, los cuales influyen en el estado de salud del adulto mayor (10).

En ese contexto, se realizó una investigación, en donde, se identificó que el 30% de los adultos mayores evaluados en un Centro de Salud, tienen una baja calidad de vida y únicamente el 20% tiene un alto estilo de vida. Con respecto a la dimensión psicológica, el 55% tiene una baja calidad de vida. Según el autor, los factores biopsicosociales afectan a su salud, puesto que son vulnerables a maltratos físicos, psicológicos, emocionales, económicos y materiales, al abandono y falta de atención (11).

Aunado a esto, los déficits visuales además de alterar la calidad de vida de los adultos mayores también ponen a prueba su capacidad de resiliencia. Conocida esta, como la habilidad que las personas pueden adquirir a través de un proceso en constante cambio, en el cual, interactúan diversos factores de riesgo y factores de protección, que pueden ser tanto individuales como relacionados con la sociedad y la cultura. Esta habilidad, permite superar el riesgo o mitigar sus efectos negativos de una manera constructiva, lo que resulta en una adaptación positiva. Para el caso de las personas con ceguera, la resiliencia se vincula con la manera en que los individuos, logran adaptarse a la nueva situación y como estos buscan mantener su independencia en labores cotidianas (12).

Los seres humanos muestran un desarrollo dinámico en la vida, esto implica que cualquier situación nueva será asumida de manera activa por el organismo. Entonces, la resiliencia pasa a ser considerada como un rasgo inherente en todos los seres vivos, que involucra

comportamientos, ideas y acciones que el individuo está en capacidad de aprender y desarrollar. La resiliencia se compone de la tendencia de los seres vivos a salvaguardarse de peligros inminentes, y la elaboración de conductas positivas que permiten adaptarse a las circunstancias desventajosas (13).

Ahora bien, la superación y rehabilitación depende mayoritariamente en como las personas reciben, procesan y aceptan su condición. La manera en que la persona resurja luego de experimentar situaciones adversas está directamente relacionada con la personalidad de cada uno; pues sujetos que tienen aires de positivismo marcado, alegría, y en general conductas esperanzadoras, serán capaces de asumir las consecuencias de las situaciones experimentadas y buscarán mecanismos que les permiten vivir sus vidas de la mejor manera. Por el contrario, personas con tendencias depresivas, con claros comportamientos de aislamiento y conductas agresivas; sufrirán más ante una situación adversa, empeorando sus propias condiciones de vida. El proceso de sobreponerse ante situaciones graves se denomina resiliencia (14).

Todo lo anterior, muestra que los adultos mayores son un grupo vulnerable que necesita de atención y cuidado tanto por parte de los familiares como de profesionales, muchos de estos con el paso del tiempo van perdiendo las habilidades mentales y manuales, las instituciones de salud son las encargadas de velar por su bienestar mediante la atención especializada evitando el deterioro de sus condiciones, considerando las características de cada uno pueden realizar actividades que ayuden a manejar su condición siempre evitando el cansancio y fatiga de cada uno (15).

En ese sentido, actualmente, existen propuestas desde la enfermería coadyuvar a las personas con discapacidad. Estos ejemplifican la intervención del enfermero, permitiendo el desarrollo de guías para la práctica e investigación en enfermería. Como es el caso del modelo enfermero de Callista Roy, un modelo para evaluar el proceso de afrontamiento y adaptación de una persona con discapacidad (16).

A todo esto, un inconveniente con mayor relevancia se basa en la falta de aplicación de estos modelos, los cuales se fundamentan en lo estipulado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y determinados por la Constitución de la República del Ecuador, que establece en la Ley Orgánica de Discapacidades (LOD) en el Capítulo Segundo De los Derechos de las

personas con discapacidad. Sección primera, art. 16 Derechos "El Estado a través de sus organismos y entidades, reconocen y garantizan a las personas con discapacidad el pleno ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales y esta ley (17).

Ley en la cual se rescata y respetan los derechos de las personas con discapacidad, pero que en realidad no se cumple con rigurosidad, por la sociedad y comunidad en general. Actualmente se tiene programas para la inclusión de personas con discapacidad como son el "Programa Misión Solidaria Manuela Espejo", el "Plan Nacional Toda una Vida" y "Plan de Nacional del Buen Vivir" (8-10). Planes que intentan detectar e incluir socialmente a las personas con discapacidad para mejorar su calidad de vida, sin embargo existen todavía vacíos que no se pueden solventar, sobre todo intentar llegar con atención en salud, apoyo y prevención en áreas rurales del país, es ahí donde se pretender llegar con la presente investigación, teniendo siempre claro que la ceguera y los defectos visuales conducen a una variedad de problemas sanitarios, sociales y económicos, especialmente en los países en desarrollo (18).

Existen varias organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales, que tienen como objetivo capacitar a las personas con discapacidad y a la familia, acerca de sus derechos, estableciendo procedimientos que garanticen el acceso a servicios e inclusión laboral, generando oportunidades de desarrollo y progreso, buscando tener una vida plena con una calidad de vida personal y familiar tan anhelada (19).

Entre las organizaciones internacionales se tiene a la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual fue estipulada por Ecuador el 4 de marzo del 2008, documento que postula manifiestos vinculantes de cumplimiento de los países participantes, cuyo objetivo fundamental es: promover, preservar y afianzar el goce pleno y de condiciones de igualdad de aquellos derechos y libertades que deben fundamentar aquellas personas con discapacidad, además de buscar el respeto y dignidad inherente (19).

Adicionalmente la Convención Interamericana para la Supresión de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad que se encuentra en vigor desde septiembre de 2001 y reafirmada por Ecuador en marzo del 2004, la que involucra a los estados participantes en adoptar diferentes medidas de carácter legislativo, educativo, social, laboral o

de cualquier índole, teniendo como objetivo la eliminación de la discriminación hacia las personas con discapacidad, lo cual permitirá una inclusión a la sociedad (20).

Por último, la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad la cual fue ratificada por el estado ecuatoriano en 2008, es el resultado de varios años de lucha por la obtención de derechos hacia las personas con discapacidad. Las misma fue desarrollada por diversas organizaciones, ONG y distintas organizaciones de personas con discapacidad (19,20).

A nivel internacional las organizaciones más importantes son: la Fundación ONCE, la Federación Central para Impedidos Visuales (ULAC) y Aulas de Gestión Ocupacional América Latina (AGORA) (8). Como consecuencia de lo anterior, a nivel nacional las personas adultas mayores están representados por la FENCE (Federación Nacional de Ciegos del Ecuador) y, a nivel provincial, tiene sus respectivas sedes. Se tiene la Sociedad de No Videntes del Azuay (SONVA) ubicado en la ciudad de Cuenca y la Sociedad Casa de Luz y Esperanza para el Ciego (CALEPCI) situado en el cantón Gualaceo, pertenecientes a la provincia del Azuay.

Enfocando el análisis y las particularidades que tiene el Ecuador con respecto a este tema, es evidente que la calidad de vida en adultos mayores en Ecuador que el 77 % de adultos mayores percibe una baja calidad de vida y el 76 % autoestima baja. Se confirma que la calidad de vida se relaciona con la autoestima de forma directamente proporcional o positiva, es decir, a medida que disminuye la calidad de vida disminuye la autoestima. Se concluye que factores como jubilación, viudez, edad, percepción de escaso bienestar físico y socialización contribuyen negativamente a la percepción de calidad de vida y autoestima de este grupo. Dando a entender el impacto de factores tanto objetivos como subjetivos condicionan la calidad de vida de los adultos mayores, así como su capacidad de afrontamiento hacia los problemas (20).

En Ecuador existe 1.049.824 personas mayores a 65 años que corresponde al 6,5% de la población total, cuya participación aumenta progresivamente. Para el 2020 y 2054, se prevé que sea de 7,4% y 18% de la población, respectivamente; siendo para las mujeres la esperanza de vida mayor a 83,5 años y de 77,6 para los hombres. Los datos que registra el INEC revelan una población distribuida en grupos etarios que van desde 60-74 años (283.090 hombres y 301.602 mujeres); de 65 a 69 años (221.647 hombres y 240.813 mujeres); 70-74 años (147.277

hombres y 164.869 mujeres); 80-84 años (64.819 hombres y 80.562 mujeres): de 85- 89 años (3.967 hombres y 45.506 mujeres); en tanto que en edades de 90-94 años (13.445 hombres y 20.771 mujeres); entre 95-99 años están (3.611 hombres y 7.659 mujeres); finalmente más de 100 años (358 hombres y 2020 mujeres) (21).

Así, como se ha descrito previamente, la deficiencia visual en adultos mayores también es un problema de la provincia de Azuay, de acuerdo con el plan de ordenamiento territorial en esta provincia existen 28542 personas con discapacidad permanente, de los cuales, el 69.7% se concentran en el cantón Cuenca, es decir, 19893 habitantes, de éstos el 12% presentan discapacidad visual, equivalente a 2387 personas. De este grupo, la mayoría son jóvenes que requieren un tratamiento especial para el desarrollo adecuado de sus aptitudes físicas y psicológicas (22).

De aquí surgió el interés del estudio sobre esta población tan vulnerable, en búsqueda de crear un marco referencial y de apoyo para la familia y el personal de enfermería. Motivando el estudio sobre las personas adultas mayores. La evidencia empírica adquirida durante el ejercicio de la profesión de enfermería, por parte de la autora sentó las bases para la presente investigación a través de datos relevantes como: la mayoría de las personas. El adulto mayor está expuesto a múltiples enfermedades, pues los reportes generados por los sistemas oficiales de vigilancia de este grupo de personas se relacionan con la morbilidad, de hecho, los cuidados básicos se relacionan con distintas esferas que deben cumplir las personas adultas mayores tanto a nivel físico, psíquico y social (18).

En el cantón Cuenca existen diferentes entidades operativas de salud, que tienen una considerable afluencia de pacientes, entre ellos, los ancianos, en donde la atención se da por varias afecciones que interfieren en el desenvolvimiento diario y que se pueden prevenir, sin embargo la escasez de personal médico, las funciones asignadas y otros factores externos imposibilitan dar una correcta promoción y prevención de la salud, lo que influye en el surgimiento y/o empeoramiento de patologías en este grupo etario.

Con lo dicho previamente, se identificó que, en el cantón Cuenca no existe un estudio actualizado que evidencie la situación actual de las personas adultas mayores con respecto a las deficiencias visuales. Bajo tal contexto, el presente estudio busca determinar la relación entre

la calidad de vida y el nivel de resiliencia en adultos mayores con deficiencias visuales, del Cantón Cuenca, Provincia de Azuay y, utilizar los resultados obtenidos para elaborar una propuesta de intervención de enfermería que promueva la calidad de vida y resiliencia en esta población formulándose la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de calidad de vida y el nivel de resiliencia en adultos mayores con deficiencias visuales Cantón Cuenca de la provincia de Azuay, 2024?

El objetivo general que se propuso fue: Determinar la relación entre la calidad de vida y el nivel de resiliencia en adultos mayores con deficiencias visuales del Cantón Cuenca de la provincia de Azuay, 2024. Los objetivos específicos fueron: Determinar las características sociodemográficas y funcionamiento familiar en adultos mayores con deficiencias visuales; Medir el nivel de resiliencia en la población de adultos mayores con deficiencias visuales relacionándolo con las características sociodemográficas y funcionamiento familiar; Determinar el nivel de calidad de vida visual en la población de adultos mayores con deficiencias visuales relacionándolo con las características sociodemográficas y funcionamiento familiar y Generar a partir de los resultados, una propuesta de intervención de enfermería que promueva la adaptación a la disfunción visual con énfasis en la calidad de vida y resiliencia en los adultos mayores.

El estudio se justificó considerando la casuística mundial y nacional, considerando que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 15% de la población a nivel mundial sufre de algún tipo de discapacidad, estas dificultades que inciden en el funcionamiento y calidad de vida de las personas son cada vez más frecuentes debido a la edad avanzada de la población y a las enfermedades crónicas que padecen (23). Existe en los adultos mayores un deterioro de las condiciones mentales, físicas y emocionales que se asocian también a las patologías crónicas, lo que produce una pérdida gradual de la autonomía.

En cuanto a la prevalencia nacional de este tipo de discapacidad, se reportan 73.771 personas con discapacidad visual, lo que constituye el 11,07% de la población total del país. Por consiguiente, es la cuarta discapacidad más frecuente en el contexto ecuatoriano (24). Concretamente, en la provincia de Azuay, 2387 personas padecen de algún tipo de discapacidad visual, por lo que cada vez más se amerita una atención oportuna, así como, proyectos de apoyo que permita mejorar y desarrollar sus funcionalidades, ya que, la limitación visual aumenta la

vulnerabilidad en los adultos mayores, afectando directamente tanto su calidad de vida, como la autonomía para la realización de sus actividades cotidianas (25).

De allí que, esta investigación encontró su justificación por la necesidad de determinar la calidad de vida y los niveles de resiliencia en los adultos mayores con discapacidad, puesto que, permite diagnosticar el estado de salud de los individuos y la percepción que estos tienen sobre su dificultad visual y la incidencia de esta en su vida, con el propósito de generar propuestas que puedan beneficiar a los adultos mayores.

Por otra parte, a nivel de la enfermería como disciplina y a la profesión desde el punto de vista práctico, los resultados de esta investigación se consideran relevantes porque son un medio de capacitación a los profesionales, ya que, al estar en contacto directo con los adultos mayores con discapacidad visual, complementan sus herramientas y estrategias para continuar realizando un trabajo integral con los pacientes. Es importante resaltar que, esta necesidad de capacitación es manifiesta por parte de los profesionales, ya que consideran que no solo es primordial el conocimiento teórico de esta problemática, sino que, es preciso obtener información sobre los cambios y las conductas que se presentan en la interacción y que están sujetas al contexto personal, laboral, económico y social de cada persona. Por ende, los profesionales deben estar conscientes de los cambios para que la intervención de estos en la vida del paciente sea significativa y beneficiosa (25).

Ahora bien, es imperioso que la discapacidad visual sea abordada desde la reivindicación de la dignidad humana, haciendo énfasis en los derechos de las personas ya que estos son claves para la salud pública. En ese sentido, los aportes de esta indagación permiten buscar estrategias orientadas a fortalecer la calidad de vida de este colectivo, para esto, es preciso que se realice un acercamiento a su diversidad funcional, a la forma en la que viven, a las necesidades y desigualdades. Los hallazgos de esta investigación dan cuenta de los diversos factores que inciden en la calidad de vida de las personas con discapacidad visual, esto, permite comprender las diversas políticas y prácticas que deben ser consideradas para dar una respuesta oportuna y, los recursos que deben ser potenciados para disminuir las desigualdades (26).

En cuanto a la relevancia de la investigación para la población de estudio, se consideró un aporte significativo el hecho de que el estudio genera estrategias de atención adecuadas a las

necesidades de cada paciente con discapacidad visual, los cuales son beneficiarios directos con las prácticas profesionales que les permitan un abordaje integral, aplicando nuevas técnicas que contribuyan a mejorar su calidad de vida y aumente los niveles de resiliencia.

Finalmente, en cuanto a los aportes a la formación académica, la realización de este tipo de estudios es relevante tanto para estudiantes como profesionales del ámbito de la salud, pues estos potencian sus habilidades y motivan a generar nuevos conocimientos, a su vez, se generan lazos entre estudiantes y profesionales de otras áreas y de otras instituciones, lo cual, es importante para crear nichos de estudios posteriores que permitan un abordaje más humano y especializado de esta problemática.

Revisión de literatura

En este apartado se presentan los estudios relacionados con el tema de investigación y que constituyen los antecedentes de este trabajo. Asimismo, se presentan las bases teóricas que fundamentan la problemática planteada.

Antecedentes

La investigación de Basto et al. (27) se centra en analizar la resiliencia en adultos con discapacidad física adquirida. El objetivo fue identificar las diferencias en los niveles de resiliencia adultos con discapacidad física adquirida, tomando en cuenta variables demográficas y algunas propias de la discapacidad. El tipo de estudio seleccionado fue el cuantitativo, con alcance descriptivo. La muestra se conformó por 23 personas con condición de discapacidad, 12 mujeres y 11 hombres, se les aplicó un instrumento de caracterización sociodemográfica, además para determinar los niveles de resiliencia se seleccionó la Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC 10). Los resultados más importantes señalan que son altos los perfiles de resiliencia en personas mayores, siendo mayor en las mujeres en relación con los hombres.

Por otro lado, el estudio realizado por Galarza et al. (28) proviene de la necesidad de observar el proceso de adaptación en las personas con discapacidad. El objetivo planteado fue determinar la relación existente entre el nivel de resiliencia y la satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad en Quito. La metodología empleada para llevar a cabo esta investigación es descriptiva, transversal-correlacional. La población se constituyó por 120 personas, los datos se recogieron a través de una encuesta sociodemográfica y mediante la Escala de resiliencia, la

cual se compone por 25 ítems. Los hallazgos señalan que el nivel de resiliencia es alto en las personas de la muestra y que hay un gran nivel de autoconcepto. Además, se pudo evidenciar que son apropiadas las dinámicas de interacción, de afrontamiento de problemas y que los procesos de adaptación son óptimos. En cuanto a la correlación de las variables, se encontró una relación entre los niveles de resiliencia y la condición de salud.

El estudio realizado en Colombia por Ortiz et al. (29) profundiza en la problemática del padecimiento de enfermedades que impactan la calidad de vida de los adultos mayores. La misma se desarrolla bajo el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo – correlacional, ya que se miden diversas variables para identificar la forma en la que se relacionan. La muestra seleccionada fue de 200 personas, en edades comprendidas desde los 60 a los 92 años, todos de la ciudad de Bogotá, el muestreo fue no aleatorio de sujetos disponibles, estos debían presentar o no una enfermedad crónica previamente diagnosticada. Debido al abordaje integral de esta problemática, se emplearon cinco instrumentos para la recolección de datos, el Mini Mental State Examination (MMSE) el cual se conforma por 19 ítems que evalúan la orientación temporal y espacial, la atención, el cálculo, la memoria, la nominación, la repetición y la comprensión lectora. Los resultados más importantes de esta investigación refieren que hay una relación entre los niveles de resiliencia en el adulto mayor y sus características sociodemográficas, ya que se pudo notar un nivel bajo de resiliencia en el estrato tres. Además, se encontró que las mujeres adultas mayores presentan mayor nivel de resiliencia en comparación con los hombres. Con relación al nivel de optimismo se encontró que las personas sin enfermedades crónicas tienen un puntaje alto de optimismo, mientras que, los que padecen una patología se encuentran en el nivel 4 y 5. Por último, en cuanto a los niveles de sentido de vida se halló que las personas con enfermedad crónica presentan niveles más bajos.

En el contexto colombiano, se realizó otro estudio en Montería por Vinnacia et al. (30) en el que se aborda el incremento en la esperanza de vida, el propósito de esta investigación fue determinar las relaciones entre la calidad de vida, la depresión y la resiliencia en mayores. Los participantes en este estudio fueron 100 adultos mayores con capacidades de lectoescritura y sin deterioro cognitivo, requisito indispensable, para que pudieran comprender las pruebas. En total, cuatro escalas fueron aplicadas, la Escala Mini-mental que evalúa el estado cognitivo de las personas mediante 30 ítems dicotómicos, la Escala CASP-19 que mide la calidad de vida de las personas a través de 19 ítems que agrupan dimensiones como: control, autonomía, placer y

autorrealización. Por su parte, la Escala CD-RISC evalúa la resiliencia de las personas mediante 10 ítems y, finalmente, la Escala CES-D que mide la depresión mediante 20 ítems. Los resultados refieren que los adultos mayores de Montería tienen capacidad para afrontar dificultades de forma autónoma, presentan fortaleza frente a las situaciones que pueden ocasionar estrés, además de esto, se pudo evidenciar que presentan aceptación a los procesos de cambio y a las relaciones seguras. Por tanto, los hallazgos refieren que las personas con edad avanzada son resilientes y presentan niveles bajos de depresión.

Una investigación plantea como objetivo desarrollar esta capacidad y, a su vez, resaltar la importancia del apoyo psicológico en el proceso de intervención. Para ejecutar esta investigación se aplicó el método inductivo, con la finalidad de realizar el razonamiento lógico de todos los conceptos asociados a la resiliencia. Por otro lado, se estimaron las desventajas a las que se enfrentan las personas con discapacidad visual. En cuanto a la prueba empleada, se seleccionó el SV-RES para medir la resiliencia a través de 60 ítems, la muestra fue de 27 personas de ambos sexos, con deficiencia visual. Los hallazgos más importantes señalan que la resiliencia es una capacidad que permite a los seres humanos superar dificultades y que permite el crecimiento personal al enfrentar situaciones problemáticas de tipo permanente o temporal. No obstante, se pudo evidenciar que en personas con discapacidad visual existe un nivel muy bajo de resiliencia. Es necesario señalar que posteriormente al desarrollo de cinco actividades formativas que hacían énfasis en la identidad, autonomía, cadena de valoración, satisfacción, metas y objetivos a seguir, se aplicó la prueba por segunda vez, dando como resultado altos niveles de resiliencia, es decir, la mayoría de las dimensiones presentaron un puntaje alto, demostrando la efectividad de la estrategia planteada (31).

Mayhuay et al. (32), realizó una investigación para determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el funcionamiento familiar del adulto mayor en una Institución Privada de Lima – Norte. Para ello, utilizó un estudio descriptivo correlacional con un diseño de corte transversal en una muestra de 200 adultos, de 60 a 80 años. En cuanto a la metodología, empleó la prueba Apgar Familiar. Los resultados muestran una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la funcionalidad familiar ($p < 0.01$), específicamente, ser casado.

Por otra parte, se llevó a cabo una investigación en Ambato Ecuador, se enfoca en la relación que existe entre el deterioro cognitivo en el adulto mayor y funcionalidad familiar, para lo cual, utilizó un enfoque mixto, con un tipo de diseño trasversal. Participaron 141 adultos mayores de

65 o más años. Los instrumentos empleados fueron test de fotos para la valoración del deterioro cognitivo y la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), para la valorar la funcionalidad familiar. Los hallazgos muestran una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.005$) entre deterioro cognitivo y alteraciones de la funcionalidad familiar, por otro lado, observó que los factores demográficos educación y edad están relacionados con la disminución de las capacidades cognitivas (33).

En Loja Ecuador, otro estudio analizó la calidad de vida y la funcionalidad familiar en personas con discapacidad, mediante un estudio no experimental, correlacional de corte transversal, en una muestra de 397 personas con discapacidad grave y muy grave. Los datos fueron recopilados a través de una ficha personal, además, utilizó la Escala de Calidad de Vida Generaitat de Cataluña (GENCAT), el cuestionario de condiciones socioeconómicas 2010 del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos; y, la prueba APGAR Familiar. Los resultados muestran una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar (34).

En el mismo orden de ideas, la revisión teórica realizada por Llamazares et al. (35), relacionada con la calidad de vida y el funcionamiento familiar en la discapacidad visual, muestra que, estas variables relacionadas, puesto que, los estudios revisados indican que el ámbito familiar tiene una influencia directa con la calidad de vida de personas con déficit visual.

Por su parte, Temeselew et al. (36), plantea determinar la prevalencia, las causas y los factores asociados a la discapacidad visual y la ceguera. Para tal efecto, realizó un estudio transversal. Participaron 821 personas mayores de 40 a 91 años, seleccionadas mediante una técnica de muestreo aleatorio sistemático. Los datos fueron recopilados mediante entrevistas personales y exámenes oculares para recopilar los datos. Los resultados muestran alta prevalencia de discapacidad visual y ceguera. Por otra parte, los autores observaron que las variables edad, residencia, nivel educativo, nivel ocupacional y tener antecedentes oculares están asociadas con la discapacidad visual y ceguera.

Otro aporte, es el de Temesgen et al. (37), el cual se centra en estudiar la calidad de vida entre pacientes adultos con discapacidad visual, mediante un estudio trasversal. La muestra utilizada fue de 484 pacientes con déficit visual. Para obtener los datos usaron el Visual

Function Questionnaire 25. Los resultados indican que, la discapacidad visual, la edad avanzada y la residencia rural están relacionados de forma significativa con la mala calidad de vida.

La investigación realizada en Etiopía por Getachew et al. (38), evalúa la prevalencia y los factores relacionados con la discapacidad visual en adultos mayores a través de un estudio transversal. Seleccionaron 655 adultos de 40 años o más con muestreo sistemático. Los resultados indican una alta prevalencia de discapacidad visual en la muestra analizada. Por otro lado, los autores encontraron que los factores como la edad, el estado civil, la ocupación, el nivel educativo, el índice de riqueza y el no uso de anteojos recetados están asociados significativamente con la discapacidad visual.

De Souza et al. (39), en Brasil, examinó la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de las personas mayores. Para eso, realizó un estudio transversal con 692 participantes. La metodología aplicada incluye tres cuestionarios, uno para datos biosociodemográficos, otro sobre el funcionamiento familiar (test APGAR) y, el último, sobre la calidad de vida según el cuestionario WHOQOL-Old. Los resultados mostraron que los ancianos con disfunción familiar leve y severa tenían una peor calidad de vida en comparación con aquellos en familias funcionales. En resumen, encontraron que, el funcionamiento familiar se correlaciona de manera positiva con la calidad de vida de los ancianos.

El estudio realizado en Riobamba Ecuador analizó el funcionamiento familiar y la calidad de vida en las personas que cuidan a adultos mayores con deterioro cognitivo. El enfoque empleado fue de tipo cuantitativo, con un diseño transversal y un nivel descriptivo. La población fue de 83 adultos entre 25 y 65 años. Para medir las variables, utilizaron dos instrumentos: test FF-SIL para funcionamiento familiar y la escala FUMAT para calidad de vida. Los hallazgos indican que a menor funcionamiento familiar menor es la calidad de vida; además, encontraron que, en su mayoría, la población estudiada presenta disfunción familiar (40).

Un estudio abordó la disfunción familiar y su asociación con la depresión en pacientes con problema macular. Para ello, usó un diseño observacional, de corte transversal. Participaron 89 pacientes con degeneración macular. Empleó la escala geriátrica de Yesavage y el test Apgar familiar para determinar la presencia de Depresión y Disfunción familiar, respectivamente. Los

resultados muestran que existe una relación significativa entre la disfunción familiar y la depresión en adultos con degeneración macular asociada a la edad (41).

El estudio de Liljas et al. (42), examina la asociación entre la calidad de vida, el deterioro multisensorial y la depresión, utilizando un análisis transversal y una muestra de 6147 personas inglesas de 52 años o más. Los resultados muestran una peor calidad de vida en aquellos sujetos con deterioro multisensorial y mayores síntomas depresivos.

Court et al. (43), evaluaron la asociación entre la discapacidad visual y las comorbilidades físicas y mentales en adultos mayores. Para ello, realizaron un análisis transversal con un grupo de 291169 pacientes con edades mayor o igual a 65 años. La discapacidad visual fue medida con el Código de lectura registrado alguna vez para ceguera y/o baja visión. En relación con los hallazgos, se notó que las personas adultas con discapacidad visual tienen una gran variedad de problemas de salud física y mental en comparación con aquellos de la misma edad sin discapacidad visual.

Por otro lado, el aporte de Rosado se centra en determinar los niveles de resiliencia en adultos mayores de un asilo en Arequipa, Perú mediante una investigación descriptiva comparativa, en un grupo de 150 sujetos. El instrumento utilizado para tal fin fue la Escalad de Resiliencia de Wagnild y Young. Los resultados señalan que, la mayoría de los adultos tienen un nivel moderado de resiliencia, hay un porcentaje insignificante con una alta resiliencia, lo que sugiere que tienen dificultades para adaptarse y enfrentar los desafíos que supone vivir en un asilo. Además, se encontró que existe una relación significativa entre la resiliencia, la edad y el tiempo de permanencia en el asilo, puesto que, aquellos que han permanecido más tiempo en el asilo tienden a tener menos resiliencia (44).

En ese contexto, Zegeye et al. (45) llevó a cabo una investigación en Etiopía, África, para estudiar los niveles de resiliencia de adultos ciegos y analizar cómo los datos demográficos pueden influir en dicha resiliencia, en una muestra de 220 adultos con ceguera, usando la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson. Los resultados mostraron que los adultos ciegos tenían un nivel de resiliencia inferior al promedio. Por otra parte, se observó que el género, edad de pérdida de visión, estado civil y nivel educativo son factores que influyen en la resiliencia.

Asimismo, en un estudio en Manabí Ecuador, plantea el análisis de la resiliencia, los niveles de afectividad y la discapacidad de acuerdo con el género, en un grupo de 68 estudiantes. Para ello, realizó un estudio cuantitativo y utilizó la Escala de Resiliencia Saavedra y Villalta SV-RES. Los hallazgos indican que tanto hombres como mujeres presentan un nivel medio de afectividad y resiliencia (46).

Al respecto, en Medellín Colombia, Botina et al. (47), investigaron la relación entre niveles de resiliencia y satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad. El estudio fue de tipo descriptivo transversal correlacional. Utilizaron un muestreo no probabilístico, de bola de nieve para seleccionar 125 participantes entre 18 a 65 años. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario sociodemográfico, escala de resiliencia de Wagnild y Young y la escala de satisfacción con la vida (ESV). Los resultados muestran una relación significativa entre la calidad de vida y la resiliencia. Por otro lado, encontraron que la resiliencia está asociada con el estado civil, el nivel educativo, la conciencia propia de discapacidades visuales y psicosociales, la percepción de la salud actual, el apoyo externo, la participación en ejercicio físico, en programas de rehabilitación y en el uso de medicamentos. Asimismo, los autores observaron que, la calidad de vida está correlacionada se relaciona con el hecho de estar empleado, el reconocimiento personal de la discapacidad visual y psicosocial, la participación en otros programas deportivos, teatro y actividades de rehabilitación.

En esta misma línea de investigación, se encuentra el aporte de Vélez y Villaseñor, enfocado en examinar los estudios científicos acerca de discapacidad, resiliencia y bienestar, a través de la revisión de trabajos académicos publicados desde el año 2016 hasta el 2021. Los resultados muestran que, las personas con discapacidad no ven afectada permanentemente su resiliencia. Aunque, esta podría ser afectada en algún momento por situaciones difíciles, los valores y habilidades adquiridas a lo largo de la vida les ayudan a superar los obstáculos y mantener su autoestima. En cuanto a la calidad de vida, se observó que esta puede ser más afectada, pero no por la persona en sí, sino por factores externos como la clasificación, aspectos económicos, culturales, familiares, sistema de salud, religión o situaciones políticas (48).

Análogamente, en Arequipa Perú, Retamozo y García, determinaron la relación entre la calidad de vida y resiliencia en personas con discapacidad visual. La investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 61 sujetos

con discapacidad visual. La información fue recopilada mediante un cuestionario estructurado, la Escala FUMAT y de Resiliencia. Los hallazgos señalan que, en su mayoría, la calidad de vida de los adultos es media y baja. En cuanto a la resiliencia, los niveles son moderados y bajos. Asimismo, encontraron que existe una relación significativa alta entre la calidad de vida y la resiliencia, mientras más baja sea esta última, peor calidad de vida exhibe los adultos (49).

Musich et al. (50), en su estudio realizado en Washington, EE. UU, plantearon investigar tres niveles de resiliencia (bajo, medio y alto) e identificar características asociadas y medir el impacto de aumentar la resiliencia en la calidad de vida (CV). La muestra fue de 3573 adultos a partir de 65 años. Encontraron que, la resiliencia media y alta está asociada a menor estrés y ausencia de depresión. Además, observaron que, las personas con resiliencia media y alta tuvieron una calidad de vida significativamente más alta. Lo anterior, indica que existe una asociación entre los niveles de resiliencia de baja a media o alta, con mejoras en la calidad de vida.

En este contexto, en China, el estudio de Wang et al., investiga si la resiliencia tiene un efecto intermedio entre la relación entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes con glaucoma primario. Para ello, realizaron un estudio transversal con 120 pacientes con glaucoma primario. Emplearon la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, la Escala de Apoyo Social Percibido y el cuestionario de Calidad de Vida para el Glaucoma-15, para medir la resiliencia, el apoyo social y la calidad de vida, respectivamente. Los resultados indican que la resiliencia actúa como mediador en la conexión entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes con glaucoma primario. Esto sugiere que incrementar tanto la resiliencia como el apoyo social podría tener un impacto positivo en la calidad de vida de estos pacientes en el ámbito clínico (51).

Al respecto, Arévalo et al. (52), en Loja Ecuador, analizaron el nivel de resiliencia, el perfil e índice de calidad de vida de los usuarios del Centro Tiflocultural Municipal de Loja. Se trató de un estudio de tipo descriptivo, transversal, con enfoque cualitativo, en 60 usuarios de dicho centro. Utilizaron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (2002) y la Escala GENCAT (2009) de calidad de vida. Los resultados muestran que existe una relación positiva entre el nivel de resiliencia y la calidad de vida.

Finalmente, un estudio de en Cusco Perú, analiza la relación entre la resiliencia y calidad de vida en personas con discapacidad visual. Utiliza un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo correlacional y diseño no experimental transversal. La muestra estuvo conformada por 124 personas con déficit visual. Aplicaron una ficha sociodemográfica, la Escala Resiliencia de Wagnild y Young y la Escala de calidad de vida de Olson y Barnes. Los resultados muestran una relación débil entre la resiliencia y la calidad de vida ($r = 0,239$) entre las variables (53).

Base teórica

Calidad de vida

Sobre este constructo, las diversas definiciones coinciden en señalar que es el resultado de las condiciones presentes en la vida de las personas, es el indicador de bienestar material y espiritual de los individuos en un contexto determinado. No obstante, debido a la dificultad para proporcionar una conceptualización que incluya la totalidad de los aspectos de la vida, algunos autores han intentado descomponerlo en distintos factores, tomando en cuenta aspectos subjetivos y objetivos (54).

En cuanto a los aspectos subjetivos la calidad de vida integra la intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida, estos, son indispensables para que las personas se sientan sanas, seguras y capaces de exteriorizar las emociones. Por otro lado, los aspectos objetivos comprenden el bienestar material las relaciones con el medioambiente, con la comunidad y la salud (55). En síntesis, la calidad de vida es tendente al impulso de conductas positivas que mejoren la situación de las personas, hasta la actualidad, este constructo ha sido empleado en psicología, salud, educación, economía y política.

La relación de calidad de vida y la salud es una determinante muy importante de calidad de vida como logro. Es un bienestar subjetivo la calidad de vida, que es representada como la suma principalmente de las reacciones emocionales y congénitas, que describen aquella satisfacción con la vida de una persona y el bienestar como un determinante de sus objetivos, preocupaciones, expectativas, prioridades y valores. La evaluación de la calidad de vida de una manera subjetiva depende principalmente de la discrepancia o congruencia entre las

expectativas y logros de una persona. Tiende a reflejar un aspecto más global de la calidad de vida (56,57).

Debido a la necesidad de unificar criterios para el estudio de la calidad de vida se proponen las siguientes dimensiones (58). El bienestar emocional, material y físico corresponde a las tres primeras dimensiones de la Escala GENCAT. En cuanto al bienestar emocional, hace referencia a los indicadores de felicidad, autoconcepto, seguridad, disminución del estrés y espiritualidad. Ahora bien, es preciso señalar que las limitaciones visuales afectan directamente el estado emocional de los individuos, posterior al diagnóstico el paciente pasa por un shock emocional, presentando confusión, angustia, negación de la realidad, dolor y frustración (7).

Por su parte el bienestar físico, contempla todos los aspectos asociados a la salud, desde el bienestar físico hasta los hábitos de alimentación saludables. Por lo tanto, los problemas asociados a la discapacidad visual generan en los individuos otras dificultades físicas como la dificultad para moverse y orientarse, esto trae como consecuencia la pérdida de la habilidad básica de desplazamiento, imposibilitando la autonomía para trasladarse de un lugar a otro y de realizar actividades cotidianas (6).

Ahora bien, el bienestar material hace referencia a otros indicadores como la capacidad de ahorro, materiales y estabilidad económica. No obstante, es necesario señalar que esta la salud visual tiene un alto impacto en esta dimensión, pues la baja visión dificulta la capacidad de llevar una vida productiva, afectando los ingresos de las personas, en algunos casos acelera el proceso de jubilación. De allí que la prevalencia de los problemas visuales impacte de manera negativa en la economía, especialmente en la de los adultos mayores y sus familiares (5).

Las dimensiones relaciones interpersonales e inclusión social, analizan la asociación entre dos o más personas con la finalidad de establecer amistad, compañerismo, así como interacciones colaborativas (vecinos). Estas, son de gran importancia para conseguir apoyo cuando se enfrenta una situación problemática. Asimismo, hace referencia a la participación en actividades de la comunidad en las que está inserto. De allí la necesidad de conocer cómo influye la discapacidad visual en las relaciones interpersonales y en la inclusión social, ya que las personas suelen tener problemas para establecer vínculos a largo plazo, para ajustarse al entorno y socializar. La inclusión social supone la participación de todas las personas en

igualdad de condiciones, sin embargo, se evidencia que las personas con alteraciones visuales son discriminadas en el contexto laboral (59).

La autodeterminación es una dimensión que permite valor la capacidad que tienen las personas de decidir por sí mismos y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere. Por otro lado, el desarrollo personal se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, de desarrollar otras capacidades y así obtener conocimientos. La discapacidad visual hace que los individuos busquen constantemente formas de autoconocimiento y auto instrucción, identificando sus fortalezas. Sin embargo, en la cotidianidad se enfrentan a la realización de tareas que exigen ayuda de terceras personas, que ameritan organización y toma de decisiones de su núcleo familiar, esto generalmente afecta su estado emocional y advierte de barreras en la autonomía del individuo (60).

Finalmente, la dimensión relacionada con los derechos de las personas con discapacidad contempla el respeto de ser considerado igual que el resto de la gente, la aceptación de su forma de ser, de opinar. La organización de actividades y el desarrollo de estrategias que permitan la toma de decisiones y la realización de actividades en su entorno social es vital para que participe e interactúe en diferentes espacios, se debe reconocer y ubicar sitios que sean seguros para favorecer la movilidad de las personas con discapacidad (61).

Las dimensiones descritas anteriormente, pretenden valor la calidad de vida, bajo una perspectiva integradora que contempla la motivación y el desarrollo de las necesidades y sus satisfactores. De allí que, la valoración integre aspectos objetivos y subjetivos que atañen a los procesos de satisfacción o insatisfacción y a la mejora de la calidad de vida.

Resiliencia

Este concepto ha adquirido relevancia en la actualidad dentro de la comunidad científica, ya que, se refiere a la capacidad que tiene los seres humanos para lidiar y afrontar acontecimientos estresantes. Por tanto, pone de manifiesto la habilidad de una persona para superar situaciones negativas y adquirir de ellas nuevas experiencias (55).

Desde la perspectiva psicológica, la resiliencia aumenta las habilidades psíquicas y espirituales para desarrollar estrategias que permitan la resolución de problemas con valor y

autonomía. En ese sentido, se da énfasis a las potencialidades del individuo y la influencia del entorno en el que se desenvuelve para que consideren que se cumpla el proceso dinámico de la resiliencia. De allí que, la persona resiliente manifiesta fortalezas, cualidades y recursos apropiados para dar respuesta a las adversidades y superarlas exitosamente (62).

Modelo de resiliencia

Existen cuatro patrones que asisten a la evolución de la resiliencia en los individuos, estos son: disposicional, relacional, situacional y filosófico. A continuación, se detalla cada uno ellos con las características asociadas.

El patrón disposicional se constituye por aspectos psicológicos, sociales y físicos relacionados con el cuidado de su apariencia y que favorecen el amor propio. Las características individuales también se asocian a las relaciones interpersonales, al conocimiento de sí mismo, además de los aspectos genéticos que contemplan la salud, el carácter y la inteligencia (63).

Por otro lado, el patrón relacional integra factores personales como los propósitos, metas, experiencias vividas y otros externos como las relaciones laborales, sociales y familiares que tienen las personas en la cotidianidad. Acoge las habilidades de identificación de los modelos positivos que permiten encontrar a personas en quién confiar para establecer relaciones basadas en la confianza (64).

En cuanto al patrón situacional en este se incluye el conjunto de capacidades cognitivas que permiten la identificación y resolución de problemas de manera idónea, con el fin de mejorar las situaciones a las que el individuo se enfrenta. Estas capacidades son: perseverancia, creatividad y la flexibilidad que favorece la resiliencia. De igual manera, en este patrón se incluye la habilidad para establecer metas a corto o largo plazo, así como, la capacidad para explorar los cambios del entorno y la búsqueda de la novedad (65).

Por último, el patrón filosófico se refiere a las creencias personales, esto es, la apreciación que tenga el individuo sobre el sentido de su vida, sobre el conocimiento de sí mismo, valorando los aspectos positivos y negativos de la vida para obtener de estos un aprendizaje. Por tanto, la resiliencia es de gran importancia en la vida de todas las personas, aún más en la tercera edad, pues ilustra la capacidad para confrontar los conflictos de manera exitosa, así, la resiliencia se

convierte en un elemento preciso en la promoción de la salud y provee el uso de habilidades, estrategias y métodos específicas que impactan favorablemente en la vida de los adultos mayores (66).

Existen otros factores que asisten a la resiliencia, que han sido propuestos, refieren que, tres de ellos permiten mitigar el riesgo del ambiente y, los otros tres, proporcionan la construcción de la resiliencia en el ambiente (67). A saber:

Brindar afecto y apoyo: es fundamental para el proceso de resiliencia y en consecuencia se debe traducir en acciones concretas, a través del apoyo explícito mediante intervenciones a las personas que atraviesan dificultades, lo cual demanda una comunicación efectiva y continua para identificar los motivos de la situación conflictiva y el tiempo en el que se dará respuesta. Por otro lado, es preciso establecer y transmitir expectativas elevadas: este factor busca promover la competitividad y la cooperación, haciendo énfasis en las fortalezas, capacidades, competencias de cada persona (68).

Otro factor fundamental consiste en brindar oportunidades de participación significativa, favorecer el intercambio de ideas, para la resolución de problemas a través de la asignación de roles y responsabilidades. Asimismo, es preciso enriquecer vínculos prosociales para ofrecer a las personas diversas actividades, en las que se les asigne el cumplimiento de tareas para solucionar un problema, debido a que permite el reconocimiento de fortalezas a medida que se relacione con los demás (69).

Con el propósito de mitigar los riesgos que inciden en la resiliencia se establece el factor fijar límites, este hace referencia a la colaboración en el diseño de normativas de comportamiento y las formas de cumplimiento de estas. Por último, la enseñanza de las habilidades para la vida amerita el aprendizaje cooperativo, pues a través de la comunicación del conocimiento que una persona tiene sobre diferentes áreas, se facilita la relación con los demás. Es importante desarrollar asertividad para la resolución de conflictos, así como, para la toma de decisiones (70).

Características de la resiliencia

- Ecuanimidad: revela una actitud equilibrada, es el balance en la percepción de la vida, de las experiencias. Las personas ecuanímes suelen tomar las situaciones estresantes o problemáticas con tranquilidad, moderando la actitud hacia los demás (71).
- Perseverancia: las personas que suelen salir de situaciones adversas suelen reflejar altos grados de persistencia. Generalmente, se incluyen aspectos como la autodisciplina, la paciencia y el autocontrol en su accionar (72).
- Confianza en sí mismo: esta actitud permite que las personas creen en sí mismos, en sus capacidades, talentos y destrezas.
- Satisfacción personal: percibir el significado de la vida y valorar sus necesidades. Por tanto, hace referencia al estado de bienestar y armonía que una persona pueda experimentar (73).
- Sentirse bien sólo: se relaciona con el sentimiento de libertad y autonomía que permite fomentar una sana autoestima (74).

Finalmente, es preciso establecer la relación entre la calidad de vida y la resiliencia de las personas a lo largo de su vida. Entendiendo, que la primera busca determinar si la persona cuenta con todos los recursos, destrezas y el apoyo para satisfacer las necesidades emocionales, físicas, biológicas, culturales, económicas y de salud. Por su parte, la resiliencia refiere a la capacidad que tiene el individuo de afrontamiento de situaciones adversas. De allí la importancia del análisis de estas variables en esta investigación, ya que, las situaciones relacionadas con el déficit visual en adultos mayores demandan en ellos niveles de perseverancia, confianza, autoconocimiento, satisfacción personal y autonomía, a pesar de su condición. En ese sentido, se puede establecer una relación entre estas dos variables, puesto que, es de suponer que, si un adulto mayor tiene un nivel alto de resiliencia puede alcanzar niveles óptimos calidad de vida, ya que se adaptará con facilidad a su situación de discapacidad visual y, al resto de los escenarios conflictivos que puedan presentarse (75,76).

El sentido de la vista

La visión es uno de los sentidos más importantes para el ser humano, ya que nos permite percibir nuestro entorno a través del sistema visual, éste comprende los ojos, el nervio óptico y el centro visual en el córtex cerebral. Si alguna de estas tres partes no funciona adecuadamente se presentan patologías y alteraciones oculares que afectan en mayor o menor grado la recepción de información visual. Desde el punto de vista clínico, los oftalmólogos señalan que

la ceguera es la ausencia total de la visión. Sin embargo, la deficiencia visual se define desde una perspectiva funcional dentro de algunos parámetros establecidos, ya que ésta puede ser total o parcial (77).

Por eso, se emplea el término genérico deficiencia visual para englobar muchos tipos de problemas relacionados con el funcionamiento de la vista. Los órganos visuales son los encargados de llevar la información al cerebro con el fin de percibir las imágenes de forma adecuada. De manera que, las personas necesitan que el ojo, los músculos y nervios estén en buen estado para interpretar lo que están viendo. A este proceso se le denomina percepción visual y favorece la discriminación de la luz y la oscuridad, las formas y los colores. Asimismo, permite el reconocimiento de objetos, rostros, figuras y líneas, posteriormente beneficia la memoria visual, la percepción espacial y la coordinación viso motriz. Ahora bien, es necesario señalar que el proceso de desarrollo de la percepción visual no se da de la misma forma en personas con trastornos visuales o con visión residual limitada. Si bien, cumplen los mismos pasos que una persona con visión normal, la percepción visual se detiene al no recibir algún apoyo o estimulación (77).

Deficiencias visuales

La discapacidad visual es un tema de interés para la salud pública a nivel mundial, este requiere de asistencia clínica y abarca tanto la ceguera como la baja visión. La consideración de discapacidad visual tiene como base la agudeza y el campo visuales, de allí que, al existir una disminución significativa de la agudeza visual, incluso con el uso de lentes, o del campo visual se considera una discapacidad. Son múltiples los motivos que pueden originar la deficiencia visual, por una disminución de la agudeza visual, por la dificultad para percibir la visión tridimensional, por los trastornos en la percepción de los colores, en la adaptación de la luz y en el discernimiento de tamaños y formas (78).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que las principales causas de discapacidad visual y ceguera son: los errores de refracción, cataratas, retinopatía diabética, glaucoma y degeneración macular relacionada con la edad. Esto, suele variar dependiendo del país y depende en la mayoría de los casos de la calidad de servicios oftalmológicos y el acceso que pueda tener la población a estos. En gran medida las cataratas no operadas se convierten con el paso del tiempo en discapacidad visual, así como las enfermedades como el glaucoma y la degeneración macular (80).

Tipos de deficiencias visuales

La deficiencia visual se define desde una perspectiva funcional dentro de algunos parámetros establecidos, ya que esta puede ser total o parcial. De allí que se emplee el término genérico deficiencia visual para englobar muchos tipos de problemas relacionados con el funcionamiento de la vista. En consecuencia, usamos el término “ceguera legal” para referirnos a personas cuya limitación visual es absoluta y al mismo tiempo para diferenciarlas de aquellas personas con otras deficiencias visuales, que podrían, a través de una corrección óptima, mejorar su percepción. Por esto, es imperativo diagnosticar y establecer el déficit visual para determinar si la deficiencia es corregible o no (80).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece unos parámetros y diferentes tipologías de las deficiencias visuales:

- La ceguera, presente en individuos que poseen una agudeza visual inferior a 3/60.
- Discapacidad visual grave, individuos con una agudeza visual igual o superior a 3/60.
- Discapacidad visual moderada, individuos que presentan una agudeza visual entre 6/18 y 6/60. Éstas últimas son agrupadas, generalmente, bajo el término “baja visión” ya que en estos casos las personas pueden percibir luz, algunas gradaciones de colores y distinguir entre bultos y contornos.

Por lo tanto, los términos “baja visión y “deficiencia visual” son equivalentes, asimismo, el término “discapacidad visual” siempre y cuando se tenga clara la diferencia entre deficiencia (órgano afectado) y discapacidad que se refiere a la funcionalidad (80).

El modelo de adaptación de callista Roy

Los principios filosóficos de este modelo se centran en el humanismo y en la unidad cósmica, estos términos fueron acuñados por Roy, teórica del área de enfermería, que desarrolló y amplió los conocimientos sobre los problemas, niveles y modos de adaptación a los diversos estímulos que se reciben del entorno y la forma de afrontamiento de los seres humanos.

Por lo tanto, el modelo se ha empleado en diversos escenarios tanto clínicos como comunitarios y en pacientes de diferentes grupos generacionales. Los pilares en los que se fundamenta este son: i) la adaptación, entendida como el proceso en el que los seres humanos piensan y sienten en forma individual o como miembros de un grupo, esto, con la finalidad de integrarse en el ambiente en el que se desenvuelven, ii) los sistemas humanos, definidos como el conjunto de elementos que cumplen una función concreta y que tienen un fin común (82).

De allí la relevancia de este modelo teórico, ya que, son escasos los modelos que contemplan una visión integradora de los seres humanos, desde una perspectiva individual y colectiva. El humanismo descrito por Roy considera que los humanos tanto en forma individual como grupal comparten la creatividad, la autonomía y la toma de decisiones, por esa razón, se comportan con determinación y se esfuerzan por mantener la integridad. Así, los conceptos fundamentales en los que se basa este modelo son:

- **Persona:** constituye el eje central del modelo, contempla a los seres humanos como una unidad que funciona dependiendo de sus propósitos y que interactúa constantemente con grupos, familias, comunidades y organizaciones.
- **Ambiente:** hace referencia a todas las circunstancias y condiciones que intervienen en el comportamiento de los seres humanos, se considera ambiente a todo aquello que rodea al individuo, es decir, aspectos físicos y psicológicos.
- **Estímulos:** estos están relacionados directamente con el ambiente, se definen como un agente que genera una reacción o respuesta inmediata en los seres humanos.
- **Salud:** entendido como el estado de equilibrio entre el individuo y su entorno, por ende, desde la perspectiva de Roy, salud es adaptación.
- **Enfermería:** el propósito o meta de esta disciplina, como parte integral del sistema de salud, es cuidar de forma integral al paciente, para facilitar la adaptación de éste con el ambiente, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad (83).

Componentes del modelo

Los elementos principales del modelo de adaptación de Roy son tres: los procesos de afrontamiento, los modos adaptativos y los niveles de adaptación. A continuación, se detalla cada uno tomando en cuenta tanto al individuo como a las relaciones personales.

Proceso de afrontamiento: La forma en la que el individuo afronta el estrés es por medio del enjuiciamiento funcional de la actividad psíquica, este, depende de fuerzas conscientes que se conforman por el resultado de las demandas, recursos y resultados de la interacción con el entorno, asimismo, intervienen los modos de procesamiento de la información y de las experiencias. En ese sentido, es preciso la evaluación cognitiva para determinar cómo afecta el entorno al individuo, ya que estas determinan la forma de respuesta del paciente. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso. En cuanto al afrontamiento de regulación en el ámbito personal se encuentra el sistema neuronal, químico y endocrino. Por otro lado, el afrontamiento cognitivo incluye el procesamiento de la información y percepción, el proceso de aprendizaje y las emociones. Ahora bien, en cuanto a la relación con el entorno, se engloban las estructuras, valores y la realización de las actividades diarias para lograr los objetivos del sistema social, igualmente, se toman en cuenta los procesos de cambio y crecimiento (84).

Modelo de adaptación: En este componente se analizan los patrones de comportamiento del paciente, es decir, cuáles son los esquemas que emplea para lograr adaptarse al ambiente que lo rodea. Roy distingue cuatro modos, a saber: (a) Fisiológico: relacionado con las necesidades básicas del paciente: oxigenación, alimentación, eliminación, líquidos, electrolitos, oxígeno y circulación, ejercicio, descanso y protección; (b) Autoconcepto: radica en la práctica de actividades que llevan a cabo las personas con el fin de mantener su bienestar personal. Concretamente, hace referencia a la imagen que la persona tiene de sí y quiere compartir con los demás. Las personas cuidan su yo físico, su yo personal, su yo moral y ético. En cuanto a las relaciones interpersonales, se conforma la identidad mediante el medio cultural y social, a través de los valores de corresponsabilidad y los logros compartidos; (c) Función del rol: la integración social permite que una persona se comporte de acuerdo con unas pautas, estas son denominadas roles y hace referencia a la función que cada individuo desempeña, se distinguen roles primarios, secundarios y terciarios. Por otro lado, en lo que respecta a las relaciones con grupos, los roles buscan cumplir objetivos comunes, cumplir con compromiso las tareas esperadas; y (d) Interdependencia: se refiere a la relación recíproca que se establece entre dos o más personas, en este proceso, se genera la adecuación afectiva, dar y recibir amor y respeto. Además de esto, en las relaciones familiares, la interdependencia consiste en la adecuación de recursos como alimentación, vivienda, salud y seguridad (85).

Niveles de adaptación

Este nivel hace referencia a la condición del proceso vital, se conforma por: el nivel integrado, compensatorio y comprometido.

El nivel integrado detalla las estructuras y funciones de los procesos vitales que tienen como fin satisfacer las necesidades humanas. Un ejemplo de este nivel, desde la perspectiva individual, es el proceso de respiración, así como, los procesos efectivos de crecimiento moral, ético y espiritual. Ahora bien, en cuanto a la perspectiva de relación interpersonal, este nivel se evidencia en la conformación de la identidad compartida, puntos de vista, metas y valores comunes entre el individuo y su entorno. Por su parte, el nivel compensatorio: establece los mecanismos cognitivos y reguladores que permiten dar respuestas adaptativas, esto es el conjunto de procesos de afrontamiento que se activan en un individuo con la finalidad de resolver una situación conflictiva. Un ejemplo de este nivel es el duelo, el cual es considerado como un proceso de crecimiento que integra la actividad cognitiva y reguladora con la finalidad de encontrar niveles óptimos de adaptación de la persona con el entorno. A nivel de relaciones interpersonales, un ejemplo de este nivel es la transición de roles, debido a que, a medida que la persona crece y se desenvuelve en sociedad ejerce nuevos roles empleado con eficacia conductas afectivas e instrumentales (86).

Por su parte el nivel comprometido se evidencia cuando las respuestas del individuo a los procesos vitales son inadecuadas, por lo que, se considera que hay un problema de adaptación. Así, a nivel individual, los ejemplos de nivel de adaptación comprometido son: la hipoxia, la insuficiencia ventilatoria, el duelo no resuelto, conflicto de roles. En cuanto a las relaciones interpersonales, encontramos el estigma, relaciones abusivas, ambigüedad en el desempeño de roles y estereotipos. Es preciso resaltar que la variación constante de los niveles de adaptación incide directamente en la destreza del sistema adaptativo de los seres humanos y, por ende, dificulta la capacidad de responder y resolver positivamente las situaciones conflictivas. Así, el nivel de adaptación, esencialmente, necesita de la estructura y función de los subsistemas regulador y cognitivo, pues, son estos los encargados de establecer mecanismos de enfrentamiento en el individuo (87).

Bajo esta premisa, el modelo de adaptación de Roy proporciona un marco teórico sólido para comprender la experiencia de los individuos en el proceso de adaptación a situaciones de

salud y enfermedad, y guía la práctica de enfermería en la promoción de la adaptación y el bienestar de los pacientes. En ese sentido, este modelo es una herramienta útil para abordar las necesidades de la población de adultos mayores con deficiencias visuales objeto de estudio en la presente investigación, ya que, fomentaría su capacidad de adaptación y promovería su bienestar y calidad de vida (87).

Materiales y métodos

El tipo de investigación seleccionado fue el enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional y los tipos de fuentes utilizados fueron: documental y de campo (88,89).

En este caso, se utilizó la investigación documental bibliográfica, porque se llevó a cabo una revisión en la literatura de artículos científicos relacionados con el tema para, posteriormente, desarrollar los antecedentes. Posterior a ello se realizó la investigación de campo para la aplicación de los instrumentos de medición (90). La investigación también puede considerarse como básica considerando que el producto genera conocimiento científico (91).

El tipo de diseño de la investigación fue descriptivo – correlacional, logrando detallar las cualidades, atributos y perfiles de individuos, colectivos, sociedades, procedimientos, elementos o cualquier otra entidad que sea objeto de estudio (92). Lo correlacional, implicó el análisis cruzado del funcionamiento familiar, resiliencia y calidad de vida por pares de variables y, además, con cada una de las variables sociodemográficas (93).

La población registrada en el cantón Cuenca fue de 385 adultos mayores con discapacidad visual, el cálculo de la muestra fue probabilística para población finita mediante software Open-Epi de libre acceso (Anexo 01) la muestra con un intervalo de confianza al 95% fue de 193, sin embargo, se tuvo una tasa de no respuesta de 20% (n=39) y 27% (n=53) tuvieron algún criterio de exclusión, no pudieron ser ubicados por direcciones de domicilio erradas o negativa a participar, teniendo una muestra final de 101 participantes adultos mayores. Se aplicó un muestreo por conveniencia considerando la accesibilidad geográfica al participante.

Los criterios de selección fueron: se incluyeron aquellos adultos mayores con déficit visual parcial. Por otra parte, los sujetos eran excluidos del estudio si no era un adulto mayor y

presentaba deficiencia visual. Como criterio de exclusión fueron: deficiencia visual total, no tener acompañamiento de algún familiar para guiar las respuestas, no aceptar participar.

Los instrumentos aplicados fueron tres, cada uno con pruebas de validez y confiabilidad (Anexo 2) (90). Adicionalmente, se contó con una Ficha de recolección de datos: se utilizó para obtener los datos sociodemográficos de los adultos mayores (Anexo 2.1).

Test NEI VFQ-25 (National Eye Institute Visual Function Questionnaire-25, en inglés), es un cuestionario validado que se utiliza para evaluar el impacto de la discapacidad visual en la vida diaria y el bienestar general de una persona. El cuestionario se ha utilizado ampliamente en entornos clínicos y de investigación para evaluar la eficacia de las intervenciones para la discapacidad visual y realizar un seguimiento de los cambios en la función visual de un paciente a lo largo del tiempo. Consta de 25 preguntas, que evalúan diversos aspectos, a saber: de la 1 a la 3, mide el funcionamiento visual, de la 4 a la 13 corresponde a dificultad con actividades, como manejar carro, la pregunta 14 (incluidos sus incisivos) y desde la 15 hasta la 23 miden problemas de la vista (Anexo 2.2).

APGNAR familiar: sirve para medir la funcionalidad de una familia a través de cinco funciones: adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos. La escala de medida va de 0 a 4 puntos: Nunca (0), Casi nunca (1), Algunas Veces (2), Casi siempre (3), Siempre (4). Para obtener el puntaje total, se suman el valor de cada pregunta y, posteriormente, se clasifica a la familia, de acuerdo a: muy funcional si se suman de 7 a 10 puntos, familia moderadamente disfuncional de 4 a 6 puntos y familia grave disfuncional disfunción de 0 a 3 puntos. (Anexo 2.3) (95).

Test RS-14: utilizado para medir la resiliencia, es decir, la capacidad de una persona para recuperarse de situaciones adversas y adaptarse a los cambios de manera positiva. Está constituido por 14 afirmaciones a las que los sujetos deben responder indicando en qué medida se identifica con cada una de ellas (Anexo 2.4) (96).

El procedimiento de recojo de datos siguió las siguientes etapas: Recolección: mediante los instrumentos previamente mencionados se realizó la recopilación de los datos de los adultos mayores mediante encuestas con consentimiento de dichos adultos que participaron en el

estudio. Digitalización: la información fue digitalizada en un archivo Microsoft Excel. Depuración: se procedió a revisar cada uno de los archivos, con el fin de comprobar que los datos no existían errores de tipeo. Análisis: tomando en cuenta los objetivos planteados, se realizaron los respectivos análisis estadísticos.

La estrategia de análisis de datos debido a las mediciones realizadas fue multivariada, considerando las variables sociodemográficas (intervinientes) que permitieron explorar las características generales de los adultos mayores, asimismo, se evaluó el déficit visual, la calidad de vida y la resiliencia, con cada una de las variables sociodemográficas, para identificar relaciones, mediante la prueba chi cuadrado de Pearson.

Por otra parte, se comprobó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Además, la evaluación de la calidad de vida con respecto a las variables categóricas como el sexo y las comorbilidades se realizó mediante la U de Mann Whitney. Igualmente, se verificó la correlación entre las variables resiliencia y calidad de vida con la Rho de Spearman. Se estableció un nivel de significancia de $\alpha=0.05$.

Resultados y discusión

En este apartado se presentan los resultados del análisis realizado a una muestra de 101 adultos mayores, pertenecientes al Cantón Cuenca, Provincia de Azuay.

Características sociodemográficas

Se describen las características sociodemográficas de los adultos mayores (tabla 1). En relación con la distribución etaria, la mayoría de la población se encuentra en las franjas de edad más avanzada, con un 39.6% en los grupos de 60 a 69 años y 70 a 79 años. Estas cifras son significativas, indicando una alta proporción de personas que podrían requerir más atención médica y social debido a las condiciones asociadas al envejecimiento. Un 18.8% pertenece al grupo de 80 a 89 años, mientras que solo un 2.0% tiene 90 años o más, lo cual sugiere que, aunque hay un número considerable de ancianos, el grupo de edad más avanzada (90 a más) es relativamente pequeño.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Variables	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
Edad	51	100.0%	50	100.0%	101	100.0%
60 - 69	23	45.1%	17	34.0%	40	39.6%
70 – 79	16	31.4%	24	48.0%	40	39.6%
80 – 89	11	21.6%	8	16.0%	19	18.8%
90 a más	1	2.0%	1	2.0%	2	2.0%
Residencia	51	100.0%	50	100.0%	101	100.0%
Urbana	31	60.8%	25	50.0%	56	55.4%
Rural	20	39.2%	25	50.0%	45	44.6%
Estado civil	51	100.0%	50	100.0%	101	100.0%
Soltero	5	9.8%	6	12.0%	11	10.9%
Casado	21	41.2%	27	54.0%	48	47.5%
Unión Libre	9	17.6%	8	16.0%	17	16.8%
Viudo	7	13.7%	1	2.0%	8	7.9%
Divorciados	9	17.6%	8	16.0%	17	16.8%
Instrucción	51	100.0%	50	100.0%	101	100.0%
Primaria	18	35.3%	15	30.0%	33	32.7%
Secundaria	20	39.2%	25	50.0%	45	44.6%
Superior	13	25.5%	10	20.0%	23	22.8%
Autoidentificación	51	100.0%	50	100.0%	101	100.0%
Blanco	4	7.8%	8	16.0%	12	11.9%
Mestizo	46	90.2%	35	70.0%	81	80.2%
Indígena	1	2.0%	3	6.0%	4	4.0%
Afrodescendiente	0	0.0%	4	8.0%	4	4.0%
Comorbilidades	51	100.0%	50	100.0%	101	100.0%
No	37	72.5%	36	72.0%	73	72.3%
Si	14	27.5%	14	28.0%	28	27.7%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Por su parte, para la residencia, se tiene que, en su mayoría, los adultos mayores de la muestra bajo estudio residen en áreas urbanas (55.4%) frente a un 44.6% en áreas rurales. Esta distribución puede influir en el acceso a servicios de salud, educación y otros recursos, sugiriendo que una mayor proporción de la población urbana podría tener más accesibilidad a estos servicios. Asimismo, en relación con el estado civil, se tiene una mayor representación de casados (47.5%), lo que puede indicar la importancia de las estructuras familiares en la población. El 16.8% vive en unión libre, un indicativo de estilos de vida más modernos. Un 10.9% son solteros, un 7.9% viudos y un 16.8% divorciados. La alta tasa de viudez y divorcios puede señalar desafíos emocionales o económicos en la vida de estas personas.

Con respecto al nivel educativo, se observa que predomina el nivel secundario (44.6%), seguido de primaria (32.7%) y un 22.8% tiene educación superior. Esto es un indicativo de una población con limitaciones educacionales, donde solo una quinta parte tiene estudios avanzados, lo cual podría tener un impacto en su calidad de vida y oportunidades laborales. Por otro lado, en la diversidad étnica se aprecia que, la mayoría de ellos se autoidentifica como mestiza (80.2%), mientras que, los grupos minoritarios (blancos, indígenas y afrodescendientes) representan porcentajes muy bajos (11.9%, 4.0% y 4.0%, respectivamente). Aunado a esto, se tiene que, un 27.7% de la población reporta tener comorbilidades, mientras que, el 72.3% no tiene estas condiciones. Esto es relevante para la planificación de atención de la salud, ya que, el grupo con comorbilidades puede requerir más recursos médicos y apoyo social.

Ahora bien, el análisis de las características sociodemográficas de acuerdo con el sexo muestra que, los hombres en el grupo de 60 a 69 años presentan una mayor proporción (45.1%) en comparación con las mujeres (34.0%). En el grupo de 70 a 79 años, las mujeres superan notablemente a los hombres. La proporción de mujeres (48.0%) es mucho mayor que la de hombres (31.4%). Este cambio en la tendencia podría reflejar la mayor longevidad de las mujeres y el hecho de que en edades más avanzadas la mortalidad masculina es más alta, lo que lleva a una mayor predominancia femenina. Por otro lado, a medida que se avanza a grupos de mayor edad, se observa que, los hombres superan a las mujeres en este rango (21.6% frente a 16.0%). Este resultado es inusual, dado el patrón observado anteriormente y, podría explicarse por la mortalidad más alta en hombres dentro de esta franja etaria, la cual puede estar sujeta a factores como estilos de vida más riesgosos o enfermedades prevalentes que afectan más a los hombres. Finalmente, en el grupo de 90 a más, ambos sexos tienen una representación igual (2%).

En cuanto al área de residencia, se aprecia que, la muestra masculina tiene una notable mayoría que reside en áreas urbanas (60.8%) en comparación con el 39.2% que vive en áreas rurales. En contraste, la distribución entre las mujeres es equitativa, con un 50% de ellas viviendo en áreas urbanas y, un 50%, en áreas rurales. La diferencia en cuanto a residencia, indica que, hay una fuerte tendencia de los hombres a vivir en áreas urbanas, lo cual podría estar relacionado con una mayor disponibilidad de empleo, servicios y recursos en las ciudades. Asimismo, la distribución equitativa sugiere que no hay un sesgo significativo hacia la ruralidad o urbanidad entre las mujeres. Aunado a esto, la diferencia de 21.6% entre los hombres que

residen en áreas urbanas y rurales indica que los hombres tienden a concentrarse en entornos urbanos más que las mujeres.

Con respecto al estado civil, se observa que, las mujeres (12%) presentan un porcentaje de solteros mayor que los hombres (9.8%). Además, se tiene que, las mujeres tienen un porcentaje significativamente mayor de casados (54%) en comparación con los hombres (41.2%), lo que estaría reflejando normas culturales donde las mujeres suelen casarse a una edad más temprana o que tienden a mantener el matrimonio más que los hombres. También, la proporción de hombres en unión libre es ligeramente mayor (17.6%) en comparación con las mujeres (16%), indicando una tendencia de los hombres a optar más por este tipo de relación, o bien, reflejar diferencias en el tipo de compromiso que cada género está dispuesto a asumir. Por otro lado, existe un claro contraste en la categoría Viudo, ya que, los hombres tienen una proporción mucho mayor de viudos (13.7%) que las mujeres (2%), lo cual, puede ser atribuible a la mayor esperanza de vida de las mujeres en muchos contextos, debido a que suelen vivir más tiempo que los hombres, por lo que, es menos probable que una mujer sea viuda. Por último, el porcentaje de divorciados es ligeramente superior en hombres (17.6%) que en mujeres (16%).

En lo concerniente al grado de instrucción, refleja que, los hombres tienen un porcentaje más alto de educación primaria (35.3%) que las mujeres (30%), es decir, 5.3 puntos porcentuales más, lo que podría indicar que el acceso a la educación primaria ha sido relativamente más favorable para los hombres en este contexto. En contraste, las mujeres tienen una ventaja significativa en la educación secundaria, con un 50% frente al 39.2% de los hombres (10.8 puntos porcentuales de diferencia), a pesar de una menor representación en primaria, las mujeres están alcanzando una mayor proporción de educación secundaria. En la educación superior, los hombres también tienen una mayor proporción (25.5%) que las mujeres (20%), 5.5 puntos porcentuales por encima. Así, los hombres tienen una ventaja en educación primaria y superior, pero una desventaja en secundaria y, las mujeres, superan a los hombres en secundaria, mientras que, en primaria y superior tienen menor representación. El análisis demuestra que, mientras las mujeres están mejorando en educación secundaria, existe aún una brecha en primaria y superior que necesita atención. La sostenibilidad de estos avances dependerá de políticas educativas que aborden las desigualdades de género y de cultura y contexto específicos que influyen en la educación de hombres y mujeres.

En relación con la autoidentificación, se observa un predominio de la identidad mestiza: Tanto en hombres (90.2%) como en mujeres (70%), la identidad mestiza es la más común, lo

que refleja la conformación étnica predominante en varias regiones de América Latina que refleja una mezcla cultural. Por otra parte, la autoidentificación como blanca es considerablemente más alta en mujeres (16%) que en hombres (7.8%), lo que podría reflejar factores de género en las percepciones de identidad étnica o un mayor reconocimiento de la identidad blanca en las mujeres. Además, la autoidentificación como indígena es más fuerte entre las mujeres (6%) que entre los hombres (2%) y, la identidad afrodescendiente tiene una presencia nula entre los hombres (0%) y un 8% significativo entre las mujeres. Los resultados reflejan un paisaje étnico complejo que varía notablemente entre hombres y mujeres. La predominancia del mestizaje, con un significativo reconocimiento de las identidades blanca e indígena entre las mujeres, puede ser un indicativo de distintas dinámicas sociales y culturales que influyen en la autoidentificación.

En lo que atañe a la variable comorbilidades, se aprecia que, la proporción de hombres sin comorbilidades es ligeramente mayor que la de las mujeres (72.5% vs. 72%), indicando que, en esta muestra, una mayor proporción de hombres no tiene comorbilidades en comparación con las mujeres. Por otra parte, la proporción de hombres con comorbilidades es ligeramente menor que la de las mujeres (27.5% vs. 28%), sugiriendo que, en esta muestra, las mujeres tienen una tendencia ligeramente mayor a presentar comorbilidades en comparación con los hombres. En referencia a las diferencias observadas, se tiene que, en la proporción de personas con comorbilidades entre hombres y mujeres es de 0.5 puntos porcentuales a favor de las mujeres, indicando una ligera desigualdad en términos de salud, donde las mujeres tienden a tener más comorbilidades en comparación con los hombres. No obstante, tanto hombres como mujeres presentan un porcentaje relativamente alto de personas sin comorbilidades (superior al 70%), lo que puede tomarse como un indicativo de un estado de salud predominante positivo en ambas poblaciones, al menos en términos de la presencia de comorbilidades.

Funcionamiento Familiar

Los resultados indican que una mayoría significativa de las familias se considera muy funcional (60.4%), una parte considerable es moderadamente funcional (27.7%) y, un porcentaje notable cae en la categoría de gravemente disfuncional (11.9%) (tabla 3). En general, se puede decir que, la alta funcionalidad familiar se asocia con una serie de beneficios psicológicos y sociales. Los miembros suelen mostrar altos niveles de satisfacción personal, autoestima y adaptación social. Además, es probable que los hijos de estas familias desarrollen habilidades sociales y emocionales sólidas, que contribuirán a su bienestar en la vida adulta.

Por otro lado, las familias moderadamente funcionales, pueden experimentar altibajos en sus dinámicas. Mientras que, a menudo logran resolver problemas, los conflictos no abordados o la falta de comunicación pueden generar tensiones. Sin embargo, este tipo de funcionamiento todavía permite un entorno relativamente positivo para los hijos, aunque pueden requerir más apoyo externo, como terapia familiar o intervención comunitaria.

En cuanto a las familiares gravemente disfuncionales, puede dar lugar a una serie de problemas que afectan la salud mental, la estabilidad emocional y el rendimiento social de los miembros de la familia. Los hijos que crecen en este tipo de ambientes pueden tener dificultades con la autoestima, las relaciones interpersonales y su propio estilo de crianza en el futuro. Es fundamental considerar la intervención profesional, como terapia o asesoramiento familiar, para abordar estos problemas y facilitar el cambio.

Tabla 2. Funcionamiento Familiar en los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

TEST_APGAR	n	%
Muy funcional	61	60.4%
Moderadamente funcional	28	27.7%
Gravemente disfuncional	12	11.9%
Total	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar vs Sexo

En la tabla 3, se resume el funcionamiento familiar de acuerdo con el sexo. En el grupo de los hombres, se tiene que, una mayoría significativa de hombres percibe su funcionamiento familiar como muy positivo (62.7%), sugiriendo una fuerte cohesión y satisfacción en las relaciones interpersonales dentro de la familia. Asimismo, un 21.6% de los hombres considera que su funcionamiento familiar es moderadamente bueno. Este grupo puede experimentar algunas dificultades o conflictos, pero en general, las dinámicas familiares parecen estar en un estado aceptable. No obstante, un 15.7% de hombres describe su funcionamiento familiar como gravemente disfuncional, lo que indica problemas significativos y posiblemente crónicos en las interacciones familiares, pudiendo reflejar tensiones, conflictos continuos o falta de comunicación.

En relación con el grupo de las mujeres, se aprecia que, la proporción de mujeres que consideran su funcionamiento familiar como muy funcional (58%) es ligeramente menor que la de los hombres, pero sigue siendo una mayoría, lo cual indica que, aunque el porcentaje es alto, hay un poco más de variabilidad en la percepción del bienestar familiar entre las mujeres. También, se tiene que, un 34% de mujeres se identifica con la categoría de moderadamente funcional, lo que es considerablemente más alto que el porcentaje de hombres en la misma categoría, lo que podría indicar que, las mujeres son más propensas a reconocer o aceptar que existen problemas en la estructura familiar, pero aun manteniendo un nivel aceptable de funcionalidad. Por último, solo un 8% de las mujeres reporta un funcionamiento familiar gravemente disfuncional, mucho menor que el de los hombres, lo que puede sugerir una mayor estabilidad o resiliencia en las dinámicas familiares de las mujeres.

Al comparar, los hombres presentan un mayor porcentaje de funcionamiento familiar muy funcional (62.7%) en comparación con las mujeres (58%), sugiriendo que, más hombres perciben su contexto familiar como ideal, posiblemente, indicando un rol más activo en la preservación de un ambiente familiar saludable. Por su parte, las mujeres tienen un porcentaje notablemente más alto en la categoría de moderadamente funcional (34%) que los hombres (21.6%), siendo un indicativo de que las mujeres tienen un mayor reconocimiento de la disfuncionalidad en comparación con los hombres, es decir, son más conscientes y abiertas a la evaluación crítica de sus relaciones familiares. Finalmente, existe una marcada discrepancia en los porcentajes de funcionamiento familiar gravemente disfuncional: el 15.7% de hombres frente al 8% de mujeres, lo que podría indicar que, los hombres experimentan más conflictos familiares serios o están menos dispuestos a abordar estos problemas, resultando en una mayor percepción de disfuncionalidad intensa.

Tabla 3. Funcionamiento familiar según sexo en los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Test APGAR	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
Muy funcional	32	62.7%	29	58.0%	61	60.4%
Moderadamente funcional	11	21.6%	17	34.0%	28	27.7%
Gravemente disfuncional	8	15.7%	4	8.0%	12	11.9%
Total	51	100.0%	50	100.0%	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar vs Edad

En la tabla 4, se resume el funcionamiento familiar de acuerdo con la edad. El grupo etario de 60 a 69 años presenta una predominancia de familias consideradas muy funcionales (55%), aunque también muestra una proporción significativa de disfuncionalidad (20% gravemente disfuncional), lo que indica que, un número considerable de familias enfrenta serios problemas en su dinámica; sin embargo, otra parte importante es moderadamente funcional (25%).

En cuanto al grupo de 70 a 79 años, se observa un aumento en el porcentaje de familias muy funcionales (65%), así como, una reducción notable en la disfuncionalidad grave (solo 7.5%), sugiriendo que, en general, las familias de este grupo mantienen mejores dinámicas de convivencia en comparación con el grupo más joven. Por su parte, en el grupo de 80 a 89 años, se tiene un porcentaje similar de familias muy funcionales (57.9%) en comparación con el grupo de 60 a 69 años, pero con un incremento notable en el porcentaje de familias moderadamente funcionales (36.8%). Además, la disfuncionalidad grave se reduce aún más, a un 5.3%, lo que indica una tendencia positiva en la estabilidad familiar. Mientras que, las familias del grupo etario de 90 a más años, todas son muy funcionales y ninguna familiar en las categorías de moderadamente funcional o gravemente disfuncional, reflejando un entorno familiar muy cohesionado o un fenómeno de selección, donde solo las familias con dinámicas saludables logran llegar a esta edad.

Tabla 4. Funcionamiento familiar según edad de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

TEST_APGAR	Edad								Total	
	60 - 69		70 - 79		80 - 89		90 a más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy funcional	22	55.0%	26	65.0%	11	57.9%	2	100.0%	61	60.4%
Moderadamente funcional	10	25.0%	11	27.5%	7	36.8%	0	0.0%	28	27.7%
Gravemente disfuncional	8	20.0%	3	7.5%	1	5.3%	0	0.0%	12	11.9%
Total	40	100.0%	40	100.0%	19	100.0%	2	100.0%	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar vs Residencia

En la tabla 5, se resume el funcionamiento familiar de acuerdo con la residencia. En el ámbito urbano, el 57.1% de las familias se considera muy funcional, lo cual indica un nivel considerable de interacciones positivas, comunicación efectiva y manejo adecuado de conflictos. En el ámbito rural, el porcentaje es mayor (64.4%), sugiriendo que, a pesar de las diferencias y desafíos que puedan presentar en términos de recursos, las familias rurales tienden a funcionar de una manera óptima en comparación con las urbanas.

Por otra parte, el 30.4% de las familias urbanas se consideran moderadamente funcionales, indicando la presencia de ciertas disfunciones o limitaciones que afectan la dinámica familiar, pero aún existe un nivel aceptable de interacción, mientras que, en el entorno rural, la proporción de familias moderadamente funcionales es del 24.4%, lo que sugiere que, generalmente, en el contexto rural las familias tienden a tener interacciones más satisfactorias y menos problemas en comparación con las urbanas.

En lo concerniente a la categoría gravemente disfuncional, se aprecia que, en el ámbito urbano, el 12.5% de los hogares se clasifica como gravemente disfuncionales, lo que puede apuntar a problemas serios en la dinámica familiar, como conflictos severos, falta de comunicación, o problemas de convivencia. En contraste, en el área rural, solo el 11.1% de las familias se encuentra en esta categoría, reflejando un contexto familiar ligeramente más cohesionado o resiliente.

Tabla 5. Funcionamiento familiar según residencia de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar	Residencia				Total	
	Urbana		Rural			
	n	%	n	%	n	%
Muy funcional	32	57.1%	29	64.4%	61	60.4%
Moderadamente funcional	17	30.4%	11	24.4%	28	27.7%
Gravemente disfuncional	7	12.5%	5	11.1%	12	11.9%
Total	56	100.0%	45	100.0%	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar vs Instrucción

En la tabla 6, se resume el funcionamiento familiar de acuerdo con el grado de instrucción. Para primaria, se tiene que, más de la mitad de las familias (51.5%) se consideran muy funcionales, sugiriendo que hay estructuras y dinámicas familiares saludables en esta categoría. Asimismo, un porcentaje considerable de las familias (33.3%) se encuentran en el rango moderadamente funcional, indicando que presentan algunas dificultades, pero aún logran mantener un funcionamiento relativamente adecuado. En menor porcentaje (15.2%) pero todavía significativo se tienen familias con gravedad disfuncional, lo que muestra que, una parte de estas familias enfrenta problemas serios que afectan su dinámica.

Al hacer una comparación entre los tres niveles, se observa que, en la transición de Primaria a Secundaria existe una notable mejora en la funcionalidad familiar. La proporción de familias muy funcionales aumenta del 51.5% (primaria) al 66.7% (secundaria), apuntando a que, la educación secundaria tiene un efecto positivo significativo en la estabilidad y salud familiar. Además, la disfuncionalidad grave se reduce considerablemente del 15.2% al 11.1%. Luego, de Secundaria a superior, se aprecia que, las familias con nivel de educación superior siguen mostrando un alto nivel de funcionalidad (60.9%), aunque menor que en secundaria. A pesar de esto, el porcentaje de familias gravemente disfuncionales alcanza su mínimo (8.7%), lo que indica que la educación superior también contribuye positivamente al bienestar familiar, aunque la complejidad puede aumentar.

Finalmente, en todos los niveles educativos, el porcentaje de familias moderadamente funcionales varía. En primaria es del 33.3%, en secundaria es del 22.2% y, en superior, es del 30.4%. Esta categoría presenta fluctuaciones que podrían estar relacionadas con factores externos a la educación.

Tabla 6. Funcionamiento familiar según grado de instrucción de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar	Grado de Instrucción						Total	
	Primaria		Secundaria		Superior			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy funcional	17	51.5%	30	66.7%	14	60.9%	61	60.4%
Moderadamente funcional	11	33.3%	10	22.2%	7	30.4%	28	27.7%
Gravemente disfuncional	5	15.2%	5	11.1%	2	8.7%	12	11.9%
Total	33	100.0%	45	100.0%	23	100.0%	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar vs Estado civil

En la tabla 7, se resume el funcionamiento familiar de acuerdo con el estado civil. La mayoría de los solteros presentan un alto nivel de funcionalidad (81.80%). No hay ninguno que se considere moderadamente funcional, lo que estaría indicando que, los solteros tienden a tener una estructura familiar menos compleja que favorece su funcionamiento. Sin embargo, el 18.20% que se considera gravemente disfuncional sugiere que una porción significativa de este grupo enfrenta retos importantes. Además, se observa que, entre los casados, la funcionalidad es más diversa. Aunque, más de la mitad es muy funcional (52.10%), una proporción considerable se considera moderadamente funcional (39.60%), lo que indica que, algunos pueden estar enfrentando tensiones o conflictos. Sin embargo, el porcentaje de casos gravemente disfuncionales es relativamente bajo (8.30%).

En cuanto a las parejas en unión libre de hecho, estas muestran niveles intermedios de funcionalidad. Aun cuando, más de la mitad se encuentra en el rango muy funcional (58.80%), la presencia de un 23.50% moderadamente funcional y un 17.60% gravemente disfuncional son indicativos de la presencia de desafíos que afectan su estabilidad familiar. Con respecto a los viudos, también presentan un alto nivel de funcionalidad (62.50%). Sin embargo, comparado con los solteros y divorciados, hay una mayor proporción de viudos que son moderadamente funcionales (25%), apuntando a que, el proceso de duelo podría impactar su estructura familiar. Por último, en el grupo de los divorciados, existe un porcentaje notablemente alto de funcionalidad familiar (76.50%), con el mínimo de casos gravemente disfuncionales (5.90%) en comparación con todos los grupos analizados, lo que estaría indicando que, a pesar de la ruptura, muchos individuos logran continuar con su vida familiar de manera efectiva.

Al comparar, se tiene que, los solteros (81.80%) lideran el grupo de funcionalidad alta, seguidos por los divorciados (76.50%). Las dinámicas de ser soltero o divorciado pueden permitir a los individuos mantener, en su mayoría, un funcionamiento familiar positivo al no estar comprometidos en una relación conflictiva. Sin embargo, los viudos (62.50%) y aquellos en unión libre (58.80%) muestran una funcionalidad más moderada. En el grupo de moderadamente funcional, son los casados (39.60%) y aquellos en unión libre (23.50%) los que tienen una mayor tendencia reflejando la complejidad de las relaciones que involucran la convivencia o la gestión de conflictos matrimoniales. Y, finalmente, se aprecia que, los solteros tienen un porcentaje notablemente alto de individuos gravemente disfuncionales (18.20%), a pesar de ser el grupo más funcional en general. Aunque, muchos solteros son funcionales, también hay un grupo considerable que enfrenta dificultades significativas.

Tabla 7. Funcionamiento Familiar según estado civil de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar	Estado Civil										Total	
	Soltero		Casado		Unión Libre		Viudo		Divorciado		n	%
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Muy funcional	8	81.80%	25	52.10%	10	58.80%	5	62.50%	13	76.50%	61	60.40%
Moderadamente funcional	0	0.00%	19	39.60%	4	23.50%	2	25.00%	3	17.60%	28	27.72%
Gravemente disfuncional	3	18.20%	4	8.30%	3	17.60%	1	12.50%	1	5.90%	12	11.88%
Total	11	100.00%	48	100.00%	17	100.00%	8	100.00%	17	100.00%	101	100.00%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar vs Autoidentificación

En la tabla 8, se resume el funcionamiento familiar de acuerdo con la autoidentificación. La mayoría de las familias mestizas se consideran muy funcionales (60.49%), es decir, tienen una percepción general positiva en su dinámica familiar. Por otro lado, se aprecia que, un porcentaje considerable también se clasifica como moderadamente funcional (27.16%), indicando que hay áreas de mejora en su funcionamiento. Asimismo, un porcentaje menor se identifica como gravemente disfuncional, indicando que, algunas familias enfrentan problemas significativos que afectan su cohesión y funcionamiento. Similar a los mestizos, un predominante porcentaje de familias blancas se consideran muy funcionales (58.33%), aunque ligeramente inferior. Un mayor porcentaje en comparación con los mestizos se clasifica como moderadamente funcional (33.33%), sugiriendo una presencia más notable de problemas que

podrían requerir atención. Este grupo tiene el porcentaje más bajo de familias que se autoidentifican como gravemente disfuncionales (8.33%), lo que puede indicar que, en general, tienen menos problemas críticos.

En cuanto al grupo indígena, destaca por tener el porcentaje más alto de familias que se consideran muy funcionales (75%), reflejando tal vez aspectos culturales que promueven una fuerte cohesión familiar. Aunado a esto, no hay familias que se clasifiquen como moderadamente funcionales. Un cuarto de este grupo se identifica como gravemente disfuncional (25%), lo que señala que, aunque la mayoría es muy funcional, hay un número significativo de familias con problemas serios. Los afrodescendientes, son el grupo con el menor porcentaje de familias que se consideran muy funcionales (50%), con igual porcentaje (50%) clasificado como moderadamente funcional; indica que muchas familias afrodescendientes enfrentan diversos grados de desafíos que no son graves, pero que deben ser atendidos. Finalmente, ninguna de las familias se considera gravemente disfuncional, apuntando a que estas familias están bien adaptadas a desafíos moderados e inhiben la categorización de su situación como gravemente disfuncional.

En general, se puede decir que, el grupo indígena tiene la mayor proporción de familias muy funcionales (75%), mientras que, los afrodescendientes tienen el menor (50%). Este hallazgo puede señalar diferencias en los valores culturales y las dinámicas familiares. Por otro lado, las familias mestizas (60.49%) y blancas (58.33%) caen entre estos dos extremos, con una ligera tendencia hacia la funcionalidad. Con respecto al porcentaje de familias moderadamente funcionales, es más alto entre los blancos (33.33%) y mestizos (27.16%) en comparación con el grupo indígena, que no reporta familias en esta categoría. Además, los afrodescendientes presentan un equilibrio inusual con un 50% en ambas categorías de moderadamente funcionales y muy funcionales, sugiriendo una diversidad en el funcionamiento familiar. También se aprecia que, el grupo con mayor grado de disfuncionalidad es el indígena, donde el 25% se considera gravemente disfuncional. A pesar de tener un alto porcentaje de funcionalidad, ese 25% es significativo. Los mestizos (12.35%) y blancos (8.33%) presentan tasas más bajas de disfuncionalidad grave, aunque esto puede estar relacionado con la mayor heterogeneidad en sus experiencias y contextos. Notablemente, no hay familias gravemente disfuncionales en el grupo afrodescendiente, lo que podría señalar un núcleo familiar más resiliente frente a los desafíos moderados.

Tabla 8. Funcionamiento familiar según autoidentificación de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar	Autoidentificación								Total	
	Mestizo		Blanco		Indígena		Afrodescendiente			
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Muy funcional	49	60.49%	7	58.33%	3	75.00%	2	50.00%	61	60.40%
Moderadamente funcional	22	27.16%	4	33.33%	0	0.00%	2	50.00%	28	27.72%
Gravemente disfuncional	10	12.35%	1	8.33%	1	25.00%	0	0.00%	12	11.88%
Total	81	100.00%	12	100.00%	4	100.00%	4	100.00%	101	100.00%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar vs Comorbilidades

En la tabla 9, se resume el funcionamiento familiar de acuerdo con la variable comorbilidades. Para la categoría muy funcional, se observa que, para el grupo con comorbilidades, el 71.43% de las familias son consideradas muy funcionales. Este es un porcentaje alto, lo que sugiere que, pese a las comorbilidades, la mayoría de las familias logra mantener un funcionamiento óptimo. En contraste, en el grupo sin comorbilidades, el 56.16% se clasifica como muy funcional. Aunque, este es un porcentaje también considerable, es notablemente menor que el de las familias que tienen comorbilidades.

Para las familias con funcionalidad moderada, se tiene que, para el grupo con comorbilidades, el 28.57% se encuentra en la categoría de funcionamiento moderadamente funcional, existiendo un pequeño porcentaje que, a pesar de sus comorbilidades, presenta un funcionamiento familiar que está lejos de ser ideal. Mientras que, en el grupo sin comorbilidades, el 27.40% de las familias también son moderadamente funcionales. Así, la función familiar moderada es relativamente cercana en ambos grupos.

Finalmente, en la categoría gravemente disfuncionales, no hay familias con comorbilidades, lo cual, es un hallazgo muy positivo, ya que, indica que ninguna familia en este grupo tiene problemas de funcionamiento extremadamente severos, lo que podría estar relacionado con mecanismos de adaptación o soporte familiar. Sin embargo, en el grupo sin comorbilidades, existe un 16.44% que se clasifica como gravemente disfuncional. Este resultado es significativo y sugiere que, en ausencia de comorbilidades, aún algunas familias enfrentan problemas.

Comparando, se tiene que, las familias con comorbilidades tienen un porcentaje más alto de funcionamiento muy funcional en comparación a las que no tienen comorbilidades (71.43% vs. 56.16%). Adicional, se puede decir que, la diferencia en el porcentaje de familias

gravemente disfuncionales es también notable, ya que no hay casos en el grupo con comorbilidades frente al 16.44% en el grupo sin comorbilidades.

Más aún, algunas consideraciones que pueden ser importantes destacar son la elevada proporción de familias muy funcionales con comorbilidades, lo que estaría indicando que, estas familias han desarrollado estrategias efectivas para manejar las dificultades que presentan las comorbilidades, lo cual, se puede atribuir a dinámicas familiares, recursos disponibles, apoyo social, o incluso resiliencia familiar. Por otro lado, el 16.44% de familias gravemente disfuncionales sin comorbilidades podría señalar la presencia de otros factores estresantes o disfuncionales que no están relacionados directamente con comorbilidades, tales como: problemas socioeconómicos, falta de soporte social, o problemas de comunicación.

Tabla 9. Funcionamiento familiar según comorbilidades de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Funcionamiento Familiar	Comorbilidades				Total	
	Si		No		n	%
	n	%	n	%	n	%
Muy funcional	20	71.43%	41	56.16%	61	60.40%
Moderadamente funcional	8	28.57%	20	27.40%	28	27.72%
Gravemente disfuncional	0	0.00%	12	16.44%	12	11.88%
Total	28	100.00%	73	100.00%	101	100.00%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Relación entre el funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas

En la tabla 10 se resume la prueba chi cuadrado para el funcionamiento familiar con cada una de las variables sociodemográficas, observándose que, el sexo resultó significativo, lo que estaría indicando que, para la muestra bajo estudio, el funcionamiento familiar está asociado al sexo. Se puede decir, que está ligado a los roles de género, es decir, las expectativas culturales y sociales sobre el comportamiento masculino y femenino influyen en el funcionamiento familiar. Históricamente, muchas culturas han asignado roles específicos a hombres y mujeres (como proveedor y cuidador, respectivamente), lo que afecta cómo funcionan las relaciones y la toma de decisiones dentro de la familia.

Tabla 10. Prueba chi cuadrado Funcionamiento Familiar vs. Variables sociodemográficas

Funcionamiento Familiar	Chi cuadrado	gl	p-valor
Sexo	2.76	2	<0.05*
Edad	5.91	6	>0.05
Residencia	0.58	2	>0.05
Estado civil	10.26	8	>0.05
Grado de instrucción	0.58	4	>0.05
Autoidentificación	3.39	6	>0.05
Comorbilidades	5.39	2	>0.05

Nota. gl: grados de libertad. *Significativo.

Resiliencia

En cuanto a la distribución de los resultados sobre la resiliencia (tabla 12), se aprecia que, la mayoría de los adultos mayores (95.9%) se encuentra en la categoría de "Alta" (30.7%) y "Muy alta" (65.3%). Solo el 4% se ubica en la categoría "Normal", lo que indica que, un número muy reducido de la muestra presenta un nivel promedio de resiliencia. No hay encuestados en las categorías de "Muy baja" y "Baja". En general, la muestra de adultos analizada tiene un predominio de alta resiliencia, lo cual, se puede considerar positivo. Así, se puede decir que, los adultos mayores tienen habilidades admirables de adaptación y recuperación ante las adversidades. Por otro lado, la ausencia total de respuestas en las categorías de "Muy baja" y "Baja" puede indicar que todos los adultos evaluados tienen al menos un nivel aceptable de resiliencia, han enfrentado exitosamente desafíos en su vida.

Tabla 11. Nivel de Resiliencia de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia	n	%
Muy baja	0	0.0%
Baja	0	0.0%
Normal	4	4.0%
Alta	31	30.7%
Muy alta	66	65.3%
Total	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia vs. Sexo

En la tabla 12, se resume los valores para la resiliencia de acuerdo con el sexo. Se observa que, ningún hombre ni mujer reportó niveles de resiliencia muy bajos o bajos. Este dato es positivo, ya que sugiere que, al menos entre los individuos analizados, no se identifican situaciones severas de falta de resiliencia. Asimismo, se tiene que, los hombres presentan un

3.9% de resiliencia normal y las mujeres un 4%. La diferencia es mínima, ambos sexos tienen una distribución similar en este nivel. Por otra parte, en el caso de resiliencia alta, el 27.5% de los hombres reportó este nivel, en comparación con el 34% de las mujeres, indicando que, un mayor porcentaje de mujeres tiene niveles altos de resiliencia en relación con los hombres. Adicional, se aprecia que, la diferencia en la resiliencia muy alta es notable, el 68.6% de los hombres presenta esta característica frente al 62% de las mujeres. Aunque, ambos sexos muestran un alto porcentaje en este nivel, los hombres tienen una representación mayor.

Tabla 12. Nivel de Resiliencia según sexo de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
Muy Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Normal	2	3.9%	2	4.0%	4	4.0%
Alta	14	27.5%	17	34.0%	31	30.7%
Muy Alta	35	68.6%	31	62.0%	66	65.3%
Total	51	100.0%	50	100.0%	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia vs. Edad

En la tabla 13, se resume los valores para la resiliencia de acuerdo con la edad. Para el grupo etario de 60 a 69 años, se aprecia una tendencia notable hacia la resiliencia alta y muy alta, donde el 95% de los individuos se encuentra en las categorías de "alta" y "muy alta", sugiriendo una sólida capacidad de adaptación y resistencia ante adversidades. Similar al grupo anterior, los adultos de 70 a 70 años, también presenta una alta resiliencia, aunque con un porcentaje de "alta" ligeramente mayor (35%). Aun así, un 65% se clasifica como "muy alta", lo que refuerza la percepción de una buena capacidad de afrontamiento en esta franja de edad.

Por su parte, el grupo de 80 a 89 años presenta una distribución más variada, a pesar de que no hay categorías de baja resiliencia (muy baja o baja), un 10.5% tiene resiliencia normal. La resiliencia en este grupo se manifiesta principalmente en alta (52.6%) y muy alta (36.8%), aunque se observa una disminución en la proporción de individuos en la categoría "muy alta" en comparación con los grupos más jóvenes. Por último, los adultos mayores de 90 o más años, todos se ubican en la categoría "muy alta"(100%), lo que puede sugerir que, a medida que las

personas alcanzan o superan los 90 años, presentan una resiliencia notable, posiblemente debido a la acumulación de experiencias de vida que les han permitido desarrollar una adaptabilidad ante las dificultades.

Tabla 13. Nivel de Resiliencia según edad de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia	Edad								Total	
	60 – 69		70 - 79		80 - 89		90 o más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Normal	2	5.0%	0	0.0%	2	10.5%	0	0.0%	4	4.0%
Alta	7	17.5%	14	35.0%	10	52.6%	0	0.0%	31	30.7%
Muy Alta	31	77.5%	26	65.0%	7	36.8%	2	100.0%	66	65.3%
Total	40	100.0%	40	100.0%	19	100.0%	2	100.0%	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia vs. Estado civil

En la tabla 14, se resume los valores para la resiliencia de acuerdo con el estado civil. La mayoría de los solteros presenta un nivel alto (36.4%) o muy alto (63.6) de resiliencia, lo que estaría indicando que, a pesar de no tener una pareja, son capaces de enfrentar adversidades de manera efectiva. En el grupo de casados, también hay una predominancia de la resiliencia alta (29.2%) y muy alta (62.5%), aunque el matrimonio puede presentar sus desafíos, muchos individuos en este estado civil también desarrollan una buena capacidad para recuperarse. Para la categoría unión libre, la resiliencia es notoriamente alta, con una gran mayoría (82.4%) clasificándose como muy alta y, se podría decir que, las personas en unión libre se sienten igualmente, si no más, capaces de hacer frente a situaciones difíciles, independientemente de la formalidad de la unión.

En cuanto a los viudos, también presentan un alto nivel (75%) de resiliencia. A pesar de haber pasado por una experiencia dolorosa como la pérdida de una pareja, la mayoría parece haber desarrollado una notable capacidad de aceptación y recuperación. Asimismo, los divorciados presentan una distribución equilibrada entre alta (47.1%) y muy alta (52.9%) resiliencia. Esto sugiere que, aunque el divorcio puede ser un evento estresante y desafiante, muchos de estos individuos logran navegar sus dificultades de manera efectiva.

Al comparar el estado civil, los adultos mayores en unión libre de hecho presentan la mayor proporción de resiliencia muy alta (82.4%), seguidas por los solteros (63.6%) y casados (62.5%), interpretándose como un mayor sentido de autonomía y apoyo emocional en la relación no formal. Con respecto a los divorciados y viudos, ambos grupos tienen una alta capacidad de resiliencia, pero los divorciados (47.1% alta y 52.9% muy alta) muestran una auto capacidad más marcada para superar la adversidad en comparación con los viudos, aunque ambos, comparten proporciones similares de alta resiliencia. En general, todos los grupos, demuestran una fuerte capacidad de resiliencia.

Tabla 14. Nivel de Resiliencia según estado civil de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia	Estado Civil										Total	
	Soltero		Casado		Unión Libre		Viudo		Divorciado			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Normal	0	0.0%	4	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	4.0%
Alta	4	36.4%	14	29.2%	3	17.6%	2	25.0%	8	47.1%	31	30.7%
Muy Alta	7	63.6%	30	62.5%	14	82.4%	6	75.0%	9	52.9%	66	65.3%
Total	11	100.0%	48	100.0%	17	100.0%	8	100.0%	17	100.0%	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia vs. Instrucción

En la tabla 15, se resume los valores para la resiliencia de acuerdo con el grado de instrucción de los adultos mayores. En el nivel de la educación primaria, se observa que la gran mayoría de los adultos mayores (66.7%) reportan un nivel de resiliencia muy alta, seguido por un 27.3% que se encuentra en la categoría alta. Solo un 6.1% se encuentra en la categoría normal y, no hay adultos en las categorías muy baja ni baja. Por su parte, en el nivel de secundaria, los resultados son muy similares a los de la educación primaria. Un 66.7% de los adultos reportan una resiliencia muy alta y, un 28.9% en la categoría alta. El porcentaje de adultos mayores en la categoría normal ha disminuido ligeramente a un 4.4%. Al igual que en primaria, no hay casos de resiliencia muy baja o baja. Para el nivel superior, el panorama es un poco diferente. Aunque, aún no hay adultos en las categorías muy baja o baja, la categoría normal no tiene representatividad pues, presenta un 0%. Una mayor proporción de adultos mayores (39.1%) se

encuentra en la categoría "alta", mientras que, la mayoría aún se clasifica como muy alta con un 60.9%.

En cuanto a la resiliencia alta, al comparar, se aprecia que, tanto en primaria como en secundaria, un significativo 66.7% de los adultos mayores reportan un nivel de resiliencia "muy alta". Por otro lado, en el nivel superior, este porcentaje se reduce ligeramente a 60.9%, lo que estaría indicando que, a pesar de la progresión en la educación, los niveles de resiliencia altísima siguen siendo muy altos, pero hay una ligera disminución entre los niveles educativos. Además, la categoría alta, se mantiene relativamente constante en los niveles de primaria y secundaria (27.3% y 28.9%, respectivamente) con un aumento notable en comparación con la primaria. Sin embargo, en el nivel superior, el porcentaje es considerablemente mayor (39.1%), sugiriendo que, a medida que los individuos avanzan en su formación educativa, también parecen desarrollar un nivel de resiliencia que podría ser considerado alto, en más del 39% de los casos.

En general, en todos los niveles educativos, no se reportan estudiantes en las categorías muy baja o baja, indicando que, en la muestra analizada, hay una tendencia general de resiliencia positiva en todos los grados de instrucción.

Tabla 15. Nivel de Resiliencia según grado de instrucción de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia	Instrucción						Total	
	Primaria		Secundaria		Superior		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Muy Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Normal	2	6.1%	2	4.4%	0	0.0%	4	4.0%
Alta	9	27.3%	13	28.9%	9	39.1%	31	30.7%
Muy Alta	22	66.7%	30	66.7%	14	60.9%	66	65.3%
Total	33	100.0%	45	100.0%	23	100.0%	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia vs. Autoidentificación

En la tabla 16, se resume los valores para la resiliencia de acuerdo con la autoidentificación. El grupo mestizo presenta una predominancia muy alta en la resiliencia, ya que el 95.1% de este grupo se identifica en los niveles de alta (27.2%) y muy alta (67.9%) resiliencia. Apenas un 4.9% se identifica como normal. Por otro lado, el grupo blanco muestra una distribución equilibrada entre alta y muy alta resiliencia, ya que, el 100% de los encuestados

se encuentran en estos niveles, sin ninguna persona que se considere en los niveles de baja o normal. Similar al grupo blanco, el grupo indígena no tiene representación en los niveles de baja o normal. El 100% se ubica en alta (25%) y muy alta (75%) resiliencia. Además, al igual que el grupo blanco y el indígena, el grupo afrodescendiente también muestra una distribución equilibrada entre alta (50%) y muy alta (50%) resiliencia, sin representación en los niveles de baja o normal.

La comparación general, indica que, todos los grupos presentan una sólida resiliencia, donde el mínimo porcentaje en niveles bajos es 0%. Así, independientemente de la autoidentificación étnica, no se observa una tendencia hacia niveles de baja o muy baja resiliencia. Asimismo, el grupo mestizo es el único que presenta un porcentaje (4.9%) en el nivel de normal, aunque aún tienen la mayor proporción (67.9%) en muy alta resiliencia. Sin embargo, la presencia de resiliencia normal puede indicar una mayor heterogeneidad en sus experiencias comparado a los otros grupos.

Por otra parte, los tres grupos restantes (blanco, indígena y afrodescendiente) tienen un 100% de individuos que se encuentran en los niveles de alta y muy alta resiliencia, a diferencia del mestizo, estos grupos pueden tener experiencias más homogéneas en cuanto a sus capacidades de resiliencia. Adicional, el grupo blanco tiene un 50% en muy alta resiliencia, al igual que el grupo afrodescendiente. Sin embargo, el grupo indígena tiene la mayor proporción en muy alta resiliencia con un 75%, lo que podría indicar una fortaleza cultural o histórica en su adaptación y superación de adversidades.

Tabla 16. Nivel de Resiliencia según autoidentificación de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia	Autoidentificación								Total	
	Mestizo		Blanco		Indígena		Afrodescendiente			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Normal	4	4.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	4.0%
Alta	22	27.2%	6	50.0%	1	25.0%	2	50.0%	31	30.7%
Muy Alta	55	67.9%	6	50.0%	3	75.0%	2	50.0%	66	65.3%
Total	81	100.0%	12	100.0%	4	100.0%	4	100.0%	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia vs. Comorbilidades

En la tabla 17, se resume los valores para la resiliencia de acuerdo con la variable comorbilidades. En el grupo con presencia de comorbilidades, la mayor parte de las respuestas se concentra en las categorías de alta y muy alta resiliencia, que en conjunto alcanzan aproximadamente el 92.8% (32.1% alta, 60.7% muy alta). Por otro lado, no hay presencia de individuos con resiliencia muy baja o baja, sugiriendo una tendencia hacia una resiliencia superior en este grupo. Al igual que en el grupo Si, en aquellos adultos que no presentan comorbilidades, también se observa que las respuestas se concentran en las categorías más elevadas de resiliencia. Sin embargo, el grupo con comorbilidades tiene un porcentaje de resiliencia normal (7.1%) considerablemente mayor que el grupo No (2.7%). Aun así, los niveles de alta (30.1%) y muy alta (67.1%) resiliencia son aún predominantes, alcanzando un total del 97.2%.

Tabla 17. Nivel de Resiliencia según comorbilidades de los adultos mayores con deficiencias visuales en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Resiliencia	Comorbilidades				Total	
	Si		No		n	%
	n	%	n	%		
Muy Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Normal	2	7.1%	2	2.7%	4	4.0%
Alta	9	32.1%	22	30.1%	31	30.7%
Muy Alta	17	60.7%	49	67.1%	66	65.3%
Total	28	100.0%	73	100.0%	101	100.0%

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024

Relación entre la resiliencia y las variables sociodemográficas

En la tabla 18 se resume la prueba chi cuadrado para la resiliencia con cada una de las variables sociodemográficas, observándose que, las variables edad, estado civil y grado de instrucción resultaron significativas, indicando que, a un nivel del 5% existe una asociación entre los niveles de resiliencia de los adultos mayores y dichas variables.

Tabla 18. Prueba chi cuadrado Resiliencia vs. Variables sociodemográficas

Resiliencia	Chi cuadrado	gl	p-valor
Sexo	0.52	2	>0.05
Edad	13.58	6	<0.05*
Estado civil	8.41	6	<0.05*
Grado de instrucción	8.41	6	<0.05*
Autoidentificación	4.02	6	>0.05
Comorbilidades	1.14	6	>0.05

Nota. gl: grados de libertad. *Significativo.

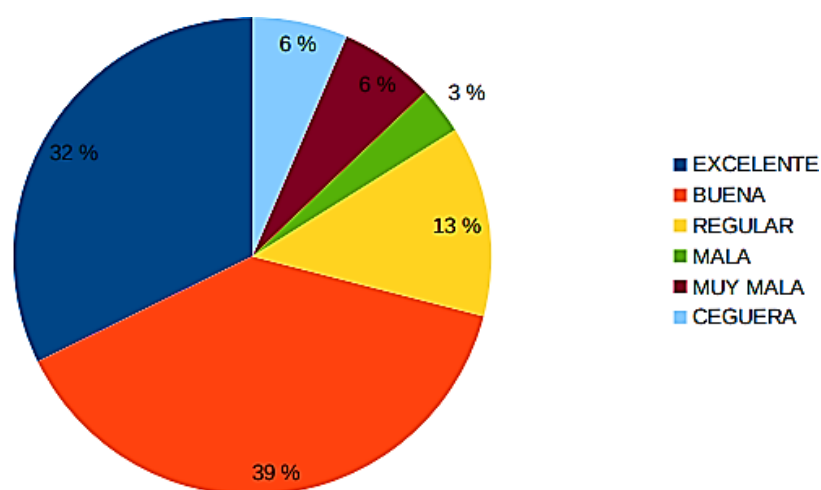
Calidad de vida

A continuación, se presentan los resultados de la entrevista sobre calidad de vida realizada a los adultos mayores. Cabe resaltar que, las respuestas suministradas por los adultos mayores dependen de su percepción, no son resultados obtenidos en base a exámenes médicos pormenorizados, sino son respuestas que depende de cómo la gente se siente el momento de la entrevista.

En el gráfico 1, se resumen el estado actual de la vista de los adultos mayores. Un total del 71% de los encuestados considera su vista como excelente (32%) o buena (39%). Esto sugiere que una gran mayoría de los adultos mayores se siente relativamente satisfecha con su capacidad visual, lo que puede contribuir a una percepción general positiva de su calidad de vida. Su vista está en calidad óptima. Por otro lado, un 13% de los adultos califica su vista como regular. Estas personas pueden experimentar dificultades leves, lo cual podría influir negativamente en su independencia y actividades diarias. Se puede decir que la calidad es media.

Combinando las respuestas de mala (3%) y muy mala (6%), obtenemos un 9% que considera su vista en un estado deficiente. Este grupo podría enfrentar desafíos cotidianos significativos debido a problemas visuales. La calidad de la vista es baja. Aunado a esto, el 6% reporta ceguera, es indicativa de una situación crítica y plantea serias preocupaciones sobre la calidad de vida, ya que, los adultos de este grupo probablemente dependen de asistencia significativa en su vida diaria.

Gráfico 1. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según estado actual de la vista en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

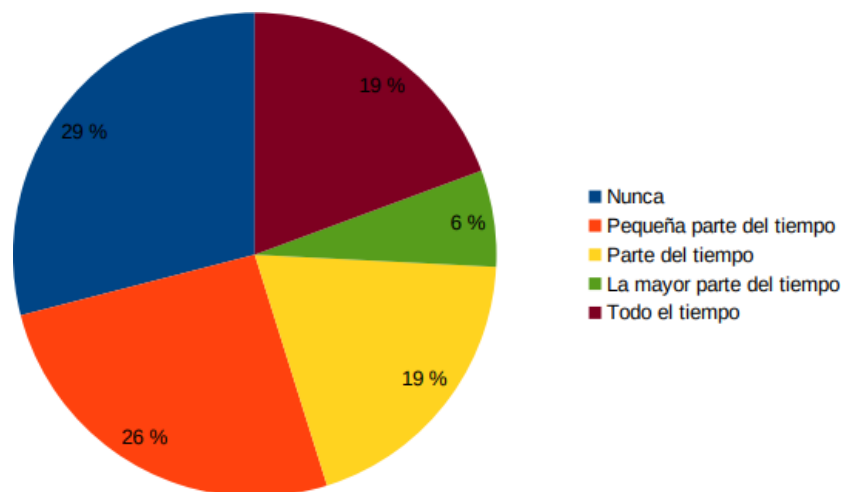


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 2, se resume el porcentaje de preocupación de los adultos con respecto a la vista. Se aprecia que, una proporción significativa de adultos mayores no se preocupa por su vista (29%), lo que puede sugerir una percepción de bienestar visual o la falta de conciencia sobre los problemas visuales potenciales. Por otro lado, el 26% de los adultos se preocupa ocasionalmente, lo que podría indicar que, aunque no es una preocupación constante, hay momentos de inquietud que podrían estar vinculados a cambios en su visión. El grupo que se preocupa parte del tiempo (19%), refleja una preocupación moderada, denotando una necesidad de seguimiento médico o intervenciones preventivas.

En cuanto al grupo la mayor parte del tiempo (6%) y todo el tiempo (19%), se aprecia que es un grupo sumamente consciente de su salud visual, con un total combinado del 25%. Este nivel de preocupación podría implicar experiencias previas con problemas visuales o una conciencia general de la fragilidad de la salud a medida que se avanza en la edad.

Gráfico 2. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según la preocupación por la condición de la vista en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

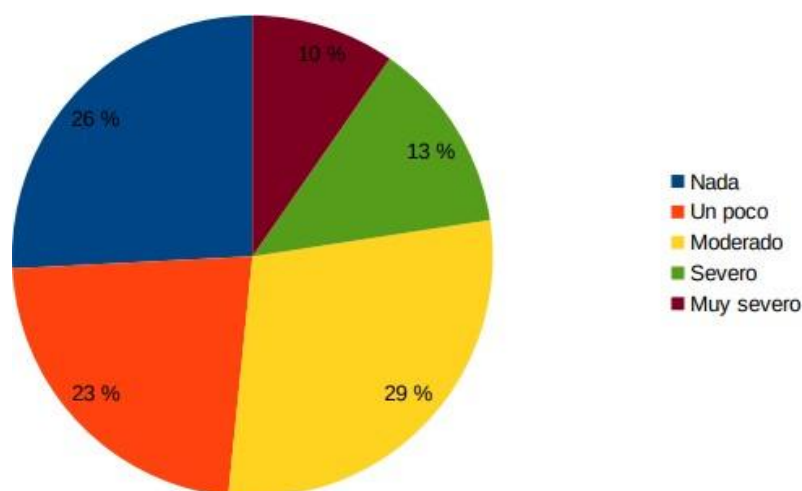


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 3, se expresan los porcentajes relacionados con el dolor o malestar que los adultos han experimentado en los ojos. Se observa que, una proporción significativa de los adultos mayores reporta no experimentar dolor o malestar en los ojos (26%). Esta cifra es alentadora y, sugiere que, una cuarta parte de la población analizada disfruta de una buena salud ocular. Asimismo, se tiene que, el 23% que reporta un poco de dolor, indicando que, aunque no es severo, sí experimentan ciertas molestias que podrían influir en su bienestar y podría ser un indicativo de condiciones oculares que requieren seguimiento.

En lo que concierne a la categoría moderado, casi una tercera parte de los encuestados manifestó un dolor moderado. Este grupo es preocupante, ya que, aunque no se clasifica como dolor severo, el dolor moderado puede decir mucho sobre el impacto que tiene en la calidad de vida y podría estar asociado con problemas como sequedad ocular, fatiga visual o condiciones más serias. En relación con el dolor severo (13%) y muy severo (10%), se puede notar que, un 23% de los adultos mayores reportan niveles altos de dolor o malestar, lo cual es preocupante, lo cual podría ocasionar deterioro significativo en su calidad de vida y puede estar asociado con condiciones que requieren atención médica urgente (como glaucoma, cataratas o problemas de degeneración macular).

Gráfico 3. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dolor o malestar en los ojos en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

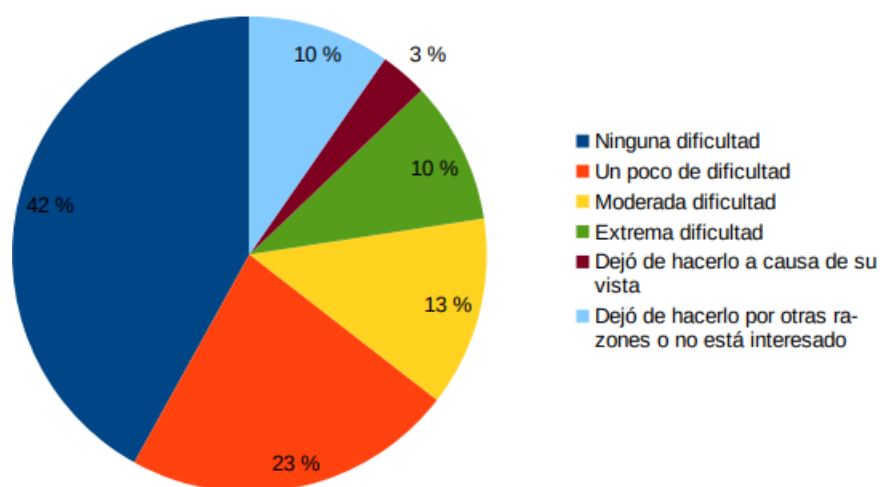


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4, se presentan los porcentajes sobre dificultad para leer los periódicos. Se tiene que, casi la mitad de los adultos mayores encuestados se sienten cómodos leyendo periódicos (42%), lo cual indica una buena salud visual en este grupo o un acceso a formatos de impresión que sean apropiados para ellos. Además, un 23% de los adultos mayores expresa cierta dificultad, lo que podría reflejar problemas visuales leves o la necesidad de adaptar el entorno (por ejemplo, mejor iluminación). En relación con el grupo con moderada dificultad (13%), esa condición afecta negativamente su calidad de vida, ya que, limita al momento de la lectura el acceso a la información y, afecta su independencia en las actividades diarias.

Por otro lado, se observa que, un 10% de los encuestados enfrenta dificultades extremas, lo que podría indicar problemas serios de visión. Este grupo requiere atención y ayuda adicional para acceder a la información. En la categoría Dejó de hacerlo a causa de su vista (3%), el porcentaje es relativamente pequeño, sugiriendo que, aunque hay un número reducido de adultos mayores que han dejado de leer por problemas visuales, representan un área crítica de atención en términos de calidad de vida y salud. Por último, el grupo de adultos de la categoría Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado, representan el 10%, puede estar relacionado con factores diferentes a la salud, como el desinterés en recibir información a través de medios impresos o la preferencia por otras formas de entretenimiento o comunicación.

Gráfico 4. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para leer en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

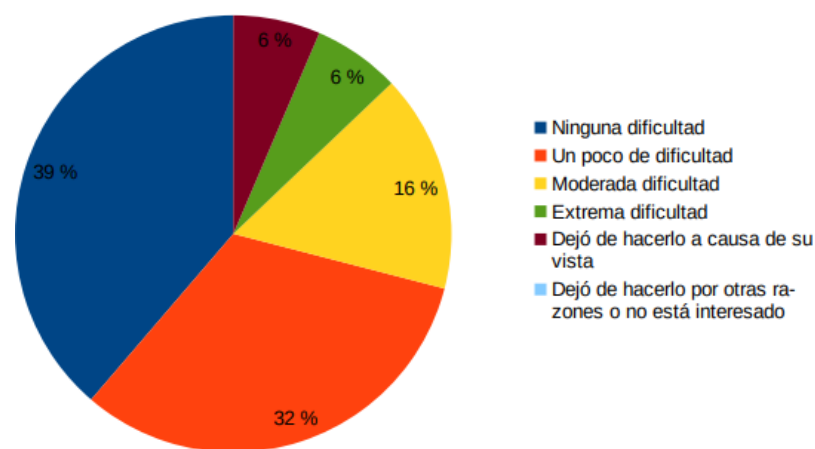


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 5, se presentan los porcentajes sobre dificultad para realizar trabajos que requieren buena visión. Se observa que, la categoría más alta corresponde a ninguna dificultad (39%), lo que indica que, una proporción significativa de adultos mayores no experimenta problemas serios de visión al realizar tareas que requieren atención cercana, tienen un buen estado visual en este grupo, así como, una mayor confianza en sus habilidades para llevar a cabo actividades diarias. También, se aprecia que, una proporción considerable de adultos mayores señala que tienen cierta dificultad (32%), aunque no extrema, al realizar estas tareas. Esto puede reflejar un inicio de problemas visuales que podría incidir en su calidad de vida a largo plazo.

En la categoría moderada dificultad existe un 16%, aunque menor, representa un preocupante número de adultos mayores que encuentran desafíos significativos al realizar actividades que requieren buena visión de cerca. Este nivel de dificultad puede limitar su independencia y capacidad para realizar tareas cotidianas, afectando su bienestar emocional y social. Por su parte, el 6%, presenta extrema dificultad, lo que indica que este grupo experimenta barreras visuales que impactan su capacidad para realizar dichas actividades. Asimismo, un 6% de los encuestados ha abandonado ciertas actividades debido a problemas visuales, lo cual es preocupante porque sugiere que la dificultad visual no solo afecta la capacidad de realizar tareas, sino que también limita la participación en actividades

Gráfico 5. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para hacer trabajos en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

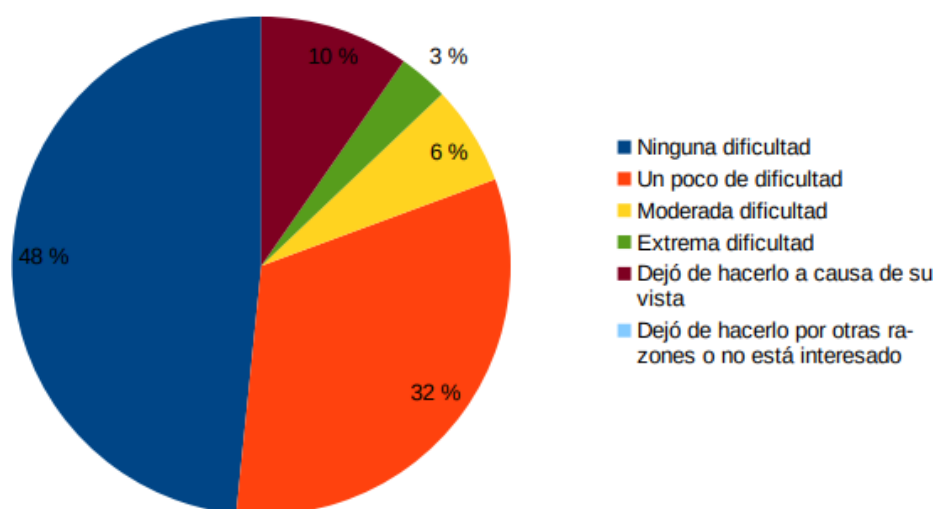


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 6, se presentan los porcentajes sobre dificultad de los adultos para conseguir algo. Se observa que, casi la mitad (48%) de la población encuestada no presenta problemas para encontrar objetos, mientras que, el 32% de adultos mayores que experimentan dificultades menores puede señalar una necesidad de mejorar su entorno, ya sea mediante mejoras en la iluminación, organización de objetos o el uso de ayudas visuales. En cuanto a moderada dificultad (6%) y extrema dificultad (3%), aunque estos porcentajes son bajos, representan un área de preocupación. La capacidad limitada para realizar actividades cotidianas puede afectar la autonomía y contribuir a un mayor riesgo de aislamiento y depresión en este grupo de edad.

Más aún, un 10% que dejó de hacerlo a causa de su vista es especialmente relevante. Este grupo puede estar enfrentando limitaciones significativas en su calidad de vida, pues renunciar a actividades cotidianas puede llevar a un deterioro físico y emocional. En general, el 41% de los adultos mayores reportan alguna dificultad al buscar objetos en estantes. A pesar de que, el 48% indica que no tiene dificultades, la combinación de quienes reportan un poco, moderada o extrema dificultad muestra que hay una clara afectación en la calidad de vida relacionada con la capacidad.

Gráfico 6. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para encontrar algo en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

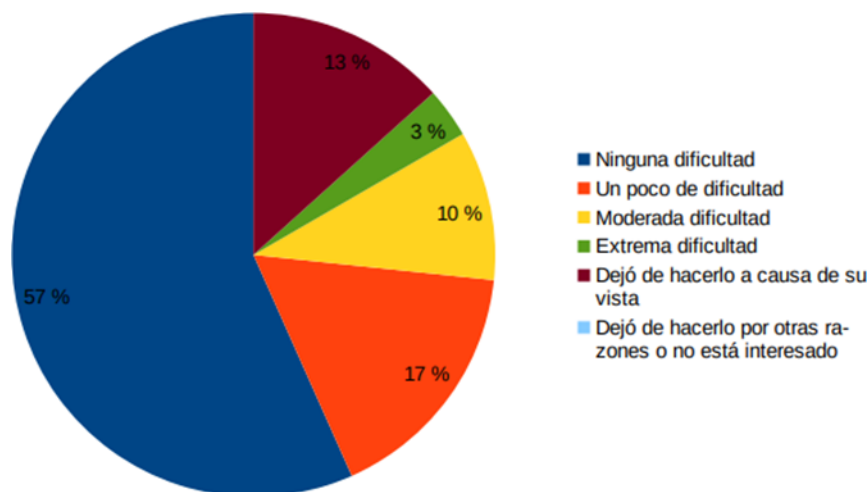


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 7, se presentan los porcentajes sobre dificultad de los adultos para leer nombres de calles o tiendas. Se aprecia que, más de la mitad (57%) de los adultos reportan no tener dificultad para leer los nombres de las calles o tiendas. Este porcentaje alto puede indicar que, en general, una parte significativa de los adultos mayores cuenta con una visión suficiente para llevar a cabo esta actividad cotidiana sin problemas, lo que contribuye positivamente a su calidad de vida. Por otro lado, un grupo menor, sin embargo, relevante, tiene un poco de dificultad (17%), lo cual podría estar reflejando problemas visuales leves que, aunque no impidan la lectura, podrían generar ciertas molestias y una disminución en la calidad de vida, ya que pueden conllevar una dependencia de otros para leer o interpretar información en su entorno.

En lo que atañe a moderada dificultad (10%), se tiene que, uno de cada diez adultos mayores la experimentan. También, es notorio que, un bajo porcentaje de adultos mayores (3%) enfrenta una dificultad extrema. Por último, el 13% de los adultos ya no hace esa actividad por sus problemas visuales.

Gráfico 7. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para leer nombres de calles o tiendas en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.



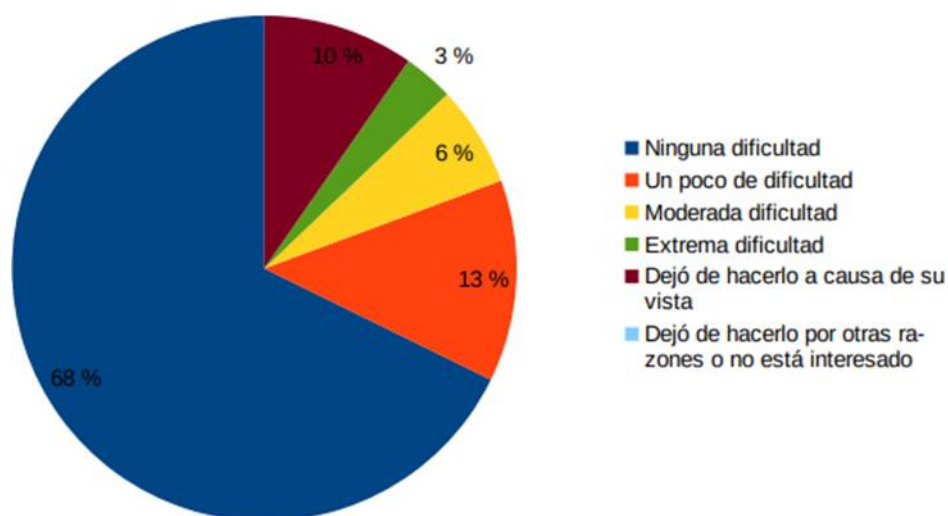
Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 8, se presentan los porcentajes sobre dificultad de los adultos para movilizarse en situación de poca luz. La mayoría de los adultos mayores (68%) menciona no tener ninguna dificultad para realizar estas actividades en condiciones de baja luminosidad. Se puede decir que, en general, la capacidad para moverse en entornos con poca luz está relativamente bien mantenida entre este grupo. Esta categoría puede estar relacionada con una buena salud visual y física, así como con la familiaridad con el entorno.

Conjuntamente, se aprecia que, un 13% de los encuestados indica tener un poco de dificultad, lo que podría implicar que, aunque tienen el reconocimiento suficiente para abordar estos desafíos, podrían beneficiarse de intervenciones que optimicen su seguridad, como una mejor iluminación o el uso de ayudas visuales. Por otro lado, en el grupo de moderada dificultad la proporción es menor (6%), no obstante, debe ser abordada para poder facilitar la movilidad de los afectados. En relación con el grupo de extrema dificultad, un 3% reportó esa condición, siendo un riesgo significativo en la calidad de vida.

Además, el hecho de que un 10% haya dejado de intentar bajar escalones y escaleras a causa de su vista es especialmente preocupante. Este grupo puede estar mostrando una pérdida de independencia, lo cual podría tener repercusiones no solo en su movilidad sino también en su salud mental, incrementando riesgos de aislamiento social o disminución de la calidad de vida en general. En resumen, el 32% tiene dificultad para movilizarse por escalones, bordes de acera o banquetas.

Gráfico 8. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para movilizarse en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.



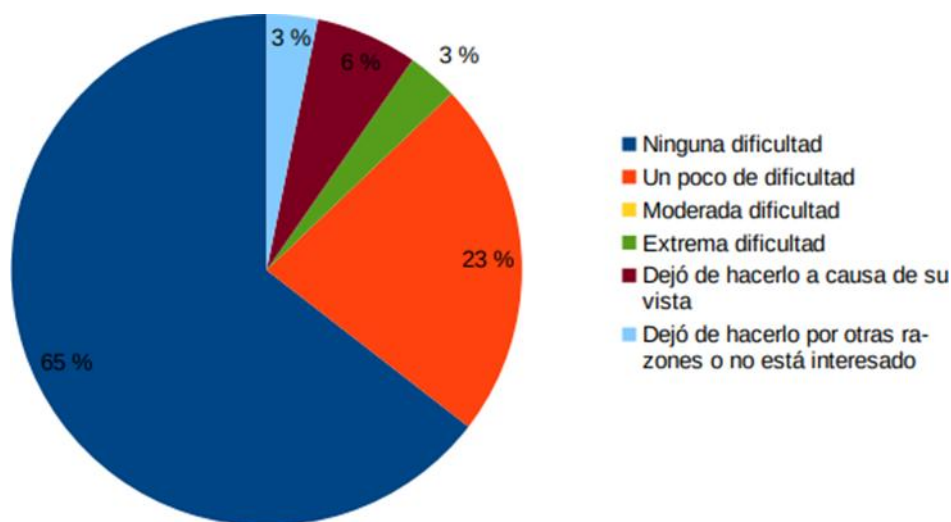
Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 9, se presentan los porcentajes sobre dificultad de los adultos para notar objetos cuando van caminando. Se tiene que, una mayoría significativa de los adultos mayores (65%) señala no tener dificultades para notar objetos a los lados mientras caminan, lo cual, permite que puedan desplazarse sin dificultad en ambientes urbanos, rurales o de montaña ya que pueden anticipar movimientos que los puede salvar de algún peligro o dificultad. No obstante, un 23% de los entrevistados informó experimentar un poco de dificultad, siendo una limitante, puesto que, al no distinguir los objetos y/o personas puede tropezar.

También, existe un 3% de los adultos que presentan dificultad extrema, por tanto, es necesario que sean atendidos porque presentan un mayor riesgo de caídas y accidentes, lo que afectaría aún más su calidad de vida. Igualmente, se aprecia que, un 6% indicó que ha dejado de notar objetos a los lados como consecuencia de problemas de visión, en cambio, el 3% reportó que ha dejado de hacerlo por razones diferentes a las visuales, lo que podría indicar factores relacionados con edad, movilidad o simplemente un cambio en intereses y actividades.

En resumen, un 32% de los adultos mayores presentan dificultad para notar objetos como consecuencia del déficit visual.

Gráfico 9. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para notar objetos en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

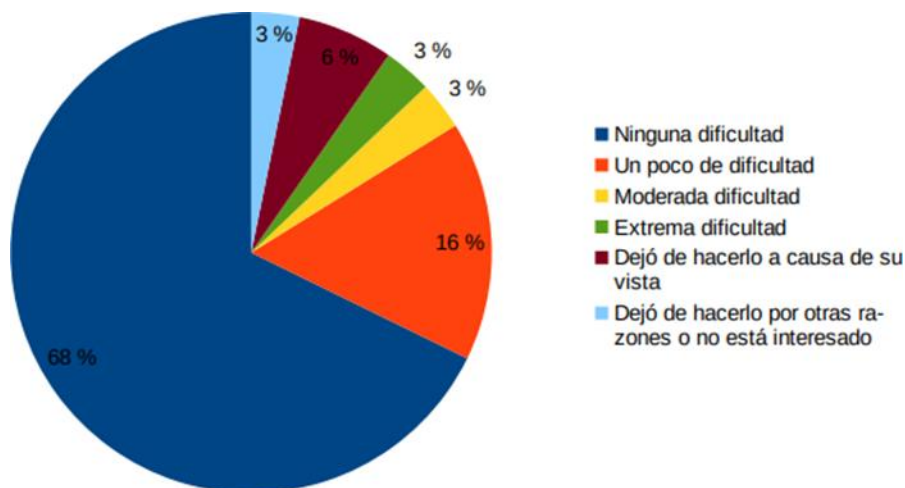


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 10, se presentan los porcentajes sobre dificultad de los adultos para ver cómo es la reacción de las personas cuando dicen algo, observándose que, la mayoría de los adultos mayores (68%) no experimenta problemas significativos relacionados con su visión al interactuar con los demás. Un porcentaje considerable de adultos mayores (uno de cada seis) reporta una leve dificultad (16%). En el grupo de moderada (3%) y extrema dificultad (3%), se tiene un porcentaje menor, pero que debe ser atendido, porque esa situación puede representar un obstáculo significativo en la calidad de sus interacciones, ocasionando un impacto negativo en su calidad de vida, limitando las oportunidades de interacción y contribuyendo a la soledad o el aislamiento social.

Por otro lado, está el grupo dejó de hacerlo a causa de su vista, con una representación del 6%, el cual tiene problemas visuales en su capacidad para interactuar, a diferencia de aquellos adultos que tomaron la decisión de dejar de hacerlo por otras razones o no está interesado (3%), esto, puede ser por falta de interés o razones externas que llevan a los adultos mayores a evitar interacciones, como cambios en su estado emocional o social y, también podrían estar relacionados con otros problemas de salud o situaciones personales.

Gráfico 10. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para notar las reacciones de las personas en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

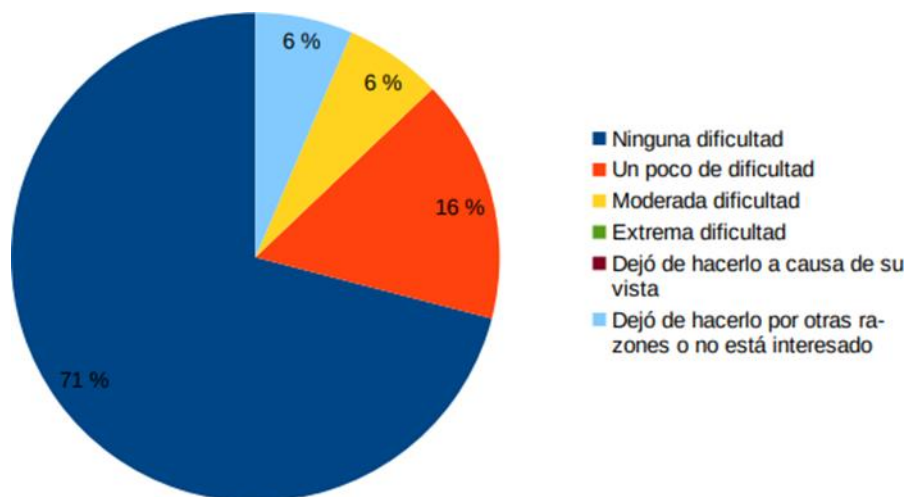


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 11, se presentan los porcentajes sobre dificultad de los adultos para escoger y coordinar su propia ropa. Se aprecia que, la mayoría de los encuestados no reporta dificultades al elegir y coordinar su ropa (71%), lo cual, puede relacionarse con una buena salud visual y habilidades cognitivas adecuadas. Asimismo, un segmento considerable de adultos mayores experimenta algo de dificultad (16%), lo que podría indicar que, aunque pueden realizar esta tarea, pueden necesitar más tiempo o asistencia ocasional, tal vez porque tienen problemas visuales leves o discapacidades menores que afectan su comodidad al elegir ropa.

Por otra parte, un 6% de los adultos señala tener una dificultad moderada, es decir, requieren apoyo más regular o estrategias adaptativas para poder manejar la selección de prendas. Además, un 6% de ellos, dejó de escoger o coordinar su propia ropa, tal vez, está relacionado con factores como el deseo de simplificar su vida, cambios en las actividades sociales o preferencias personales.

Gráfico 11. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para seleccionar y coordinar su ropa en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

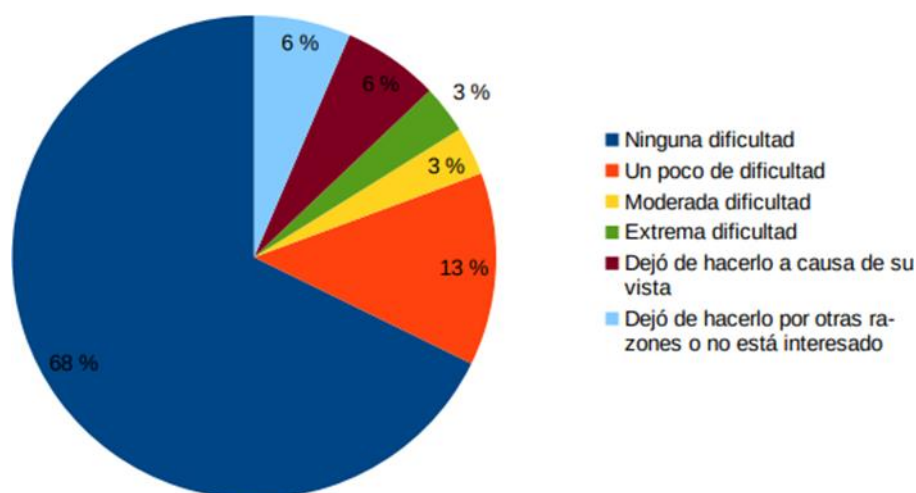


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 12, se presentan los porcentajes sobre dificultad de los adultos para hacer visitas. En su mayoría (68%) reportaron no tener ninguna dificultad para visitar a familiares y amigos, lo que sugiere, en términos generales, que la vista no es un obstáculo significativo para las actividades sociales de este grupo. Un 13% indicó tener un poco de dificultad. Solo un 6% mencionó experimentar una dificultad moderada o extrema (3% cada uno). Aunque, estos números son bajos, representan un grupo que puede beneficiarse de un apoyo mayor para mejorar su calidad de vida. Igualmente, se observa que, el 6% que dejó de visitar personas a causa de su vista, lo que refleja el impacto claro de este sentido en la calidad de vida social de estos adultos mayores. La vista es fundamental para la comunicación y la interacción social, y este grupo podría experimentar soledad y aislamiento como resultado de su condición.

Finalmente, un 6% adicional dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado. Esta respuesta puede reflejar factores psicológicos, como la falta de interés en actividades sociales o la adaptación a una vida más aislada. Es válido considerar que no todas las personas mayores tienen el mismo interés en la vida social y, que, algunos pueden ser felices con menos interacción.

Gráfico 12. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para realizar visitas en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.



Fuente: Elaboración propia

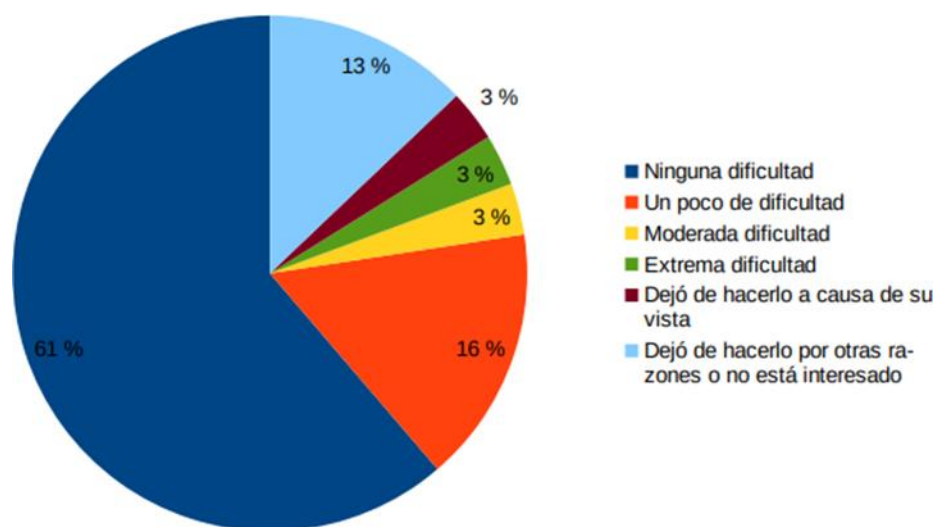
En el gráfico 13, se presentan los porcentajes sobre dificultad de los adultos para salir al cine, teatro o eventos deportivos. Una mayoría significativa de los adultos mayores (61%) reporta que no tiene dificultades para salir a estas actividades recreativas. Esta alta proporción podría estar relacionada con una buena salud visual o adaptaciones adecuadas en los ambientes de entretenimiento que facilitan la participación de personas con problemas de visión. También se aprecia que, un 16% de los adultos siente que tiene dificultades leves, aunque puedan asistir a eventos, existen barreras menores que pueden afectar sus ganas de participar. Pueden requerir apoyos adicionales, como ayuda para moverse o materiales en formatos accesibles.

Los grupos de adultos con moderada dificultad (3%) y extrema dificultad (3%), representan una pequeña proporción de la muestra, estos porcentajes indican que un 6% de los adultos mayores enfrenta dificultades notables para acceder a eventos, los problemas de visión son un factor limitante importante en su vida diaria. Además, el 3% dejó de asistir a estos lugares por su condición visual, mientras que, un 13% ha dejado de participar en estas actividades por motivos distintos a la vista, lo que podría incluir factores como cambios en el interés personal, la falta de compañía, o problemas económicos.

En general, los resultados reflejan una imagen positiva de la capacidad de los adultos mayores para participar en actividades recreativas, con una mayoría que no reporta dificultades significativas. Sin embargo, es crucial no restarle importancia a los grupos que enfrentan dificultades moderadas o extremas. La calidad de vida de los adultos mayores no solo depende

de la salud física -en este caso, la salud visual- sino también de su capacidad para interactuar socialmente y participar en actividades que aporten alegría y bienestar a sus vidas.

Gráfico 13. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para salir al cine, teatro o eventos en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.



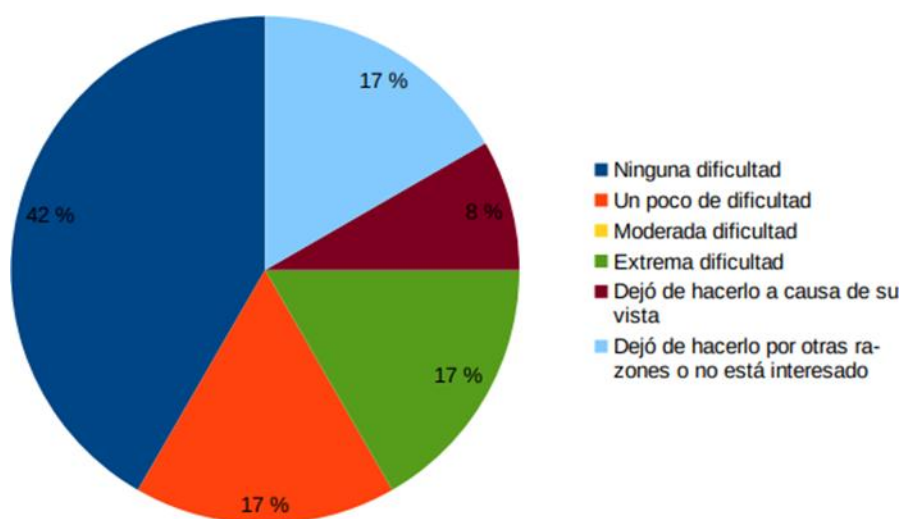
Fuente: Elaboración propia

El 45% de los adultos mayores han manejado carro en la actualidad porque su vista les permite, en contraste con el 55%, que reporta que no, tal vez esté asociado a inexperiencia o déficit visual. Sin embargo, al ampliar las respuestas se obtuvo que existió un empate entre aquellos que nunca han manejado (50%) y aquellos que han dejado de hacerlo (50%), siendo una de las causas las deficiencias visuales. Aunque solo un 33% mencionó que dejó de manejar por problemas visuales, esto no significa que la visión no sea una preocupación. Puede ser que, aunque no sea la razón principal, sigue siendo un factor que impacta la decisión de dejar de manejar. Por otro lado, el 67% señaló que dejó de manejar por otras razones, las cuales podrían ser: salud física, psicológicas, económicas y sociales.

Así mismo, más de la mitad (61%) de los adultos mayores no presentan dificultad para manejar por lugares conocidos durante el día. No obstante, el 39% de ellos tienen dificultades para realizar esta actividad (11% poco, 11% moderada y 17% extrema). En el caso de dificultad moderada, se sienten limitados por cuestiones de la vista y son personas que pueden mover un vehículo en distancias cortas; pero para viajes largos no, mientras que, aquellos con dificultad extrema, requieren ayuda de terceros.

Otro aspecto que se evaluó fue la dificultad para manejar de noche (gráfico 14) donde el 42% no reporta dificultades para manejar de noche, se sienten asistidos por su capacidad visual, para realizar dicha acción. El 17% tiene un poco de dificultad, no manejan con facilidad lo que los limita en cuanto a la velocidad de manejo o ubicación de direcciones; pero, en caso de emergencia, si lo hacen. Asimismo, el 17 % reporta moderada dificultad, se limitan especialmente, en lugares con poca iluminación. Por otra parte, las personas con extrema dificultad representan el 17% y mencionan que, si manejan de noche, pero en lugares conocidos, como, por ejemplo, el patio de la casa y, el 8% dejó de hacerlo por razones varias o porque no les interesa estar en un carro.

Gráfico 14. Distribución porcentual de adultos mayores con deficiencias visuales según dificultad para manejar de noche en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.



Fuente: Elaboración propia

El porcentaje de personas que no se han visto limitadas en el trabajo corresponde a un 37%. Estas, consideran que su capacidad visual no les ha impedido cumplir sus tareas. Las personas limitadas una pequeña parte del tiempo, representan un 27%, siendo la principal limitación las pausas activas que realizan durante sus tareas, sin embargo, no se sienten impedidas de trabajar. Conjuntamente, el 17% de los adultos se limitan parte del tiempo, esto sucede porque sienten molestias cuando fijan la vista para cumplir sus tareas, por lo que, van cumpliendo poco a poco, de acuerdo con lo que su organismo permite. También, se aprecia que, las personas que responden la mayor parte del tiempo son un 10%, se limitan principalmente, por sus condiciones visuales que no les permite tener confianza en lo que hacen

o van a hacer, este fenómeno se da en personas que por su edad se niegan a utilizar lentes y, los adultos que se limitan todo el tiempo (10%) posiblemente son de la tercera edad, lo que conlleva a que limitan su espacio debido a su edad y otras dolencias.

El 35% de los adultos mayores nunca se limitan por su vista, mientras que, el 19% siempre lo hace. Asimismo, aquellas que se limitan una pequeña parte del tiempo corresponde a un 16% y el 19% se limita la mayor parte del tiempo. Existe un 10% que se sienten limitados parte del tiempo de trabajo por sus problemas visuales. Estas limitaciones son las mismas indicadas en las preguntas previas. Así mismo, si tomamos los resultados positivos, donde el 26% no tiene molestias, el 23% tiene un poco y moderado el 29%. El resultado del 48% que no siente limitación y el 26% que se limita una pequeña parte del tiempo son consecuentes. Podríamos incluir también a las personas que se limitan parte del tiempo con el 10% de incidencia. De los resultados de la pregunta 3, que tienen dolencias severas y muy severas con 13 y 10% tienen consecuencias en los resultados de esta pregunta en relación con los adultos mayores que se limitan la mayor parte del tiempo (13%) y, aquellos que se limitan todo el tiempo (3%). Es decir, dichas limitaciones son consecuencia de las afecciones visuales.

Se observó además que, de los adultos encuestados, ninguno cumple la condición de quedarse en casa a causa de su vista. El 3% responde que no está seguro, posiblemente no entendió el contexto de la pregunta o porque no supo explicarse cuando emitió su respuesta. Además, el 13% responden mayormente cierto, lo que significa que, son personas que no salen de su casa por elección; no porque tengan dificultad de movilizarse, especialmente, si son asistidos. Por otro lado, quienes responden mayormente falso, representan el 40% de los adultos, expresan que, si están en capacidad de moverse o salir de sus hogares con cuidados en la circulación y, el 43% no tienen problemas de movilidad, respondieron definitivamente falso.

El 6% de los adultos mayores respondió que no está seguro, posiblemente no entendió el contexto de la pregunta o, tal vez, no se explicó bien cuando emitió su respuesta. Igualmente, el 13% manifiesta sentirse frustrado a causa de su vista, por ser una condición que limita la actividad personal y social. El 35%, al no ser definitiva la respuesta, siente poco la frustración, pero, no es una limitante para sus actividades. Y, un gran porcentaje (45%), no considera frustración, viven y desarrollan sus actividades con normalidad.

El 6% de los adultos mayores reportaron que tienen mucho menos control de las cosas debido a su condición visual, ya que, posiblemente no pueden distinguir cosas pequeñas o no pueden coger algún artículo que estén necesitando. Al igual que aquellos que respondieron con mayormente cierto (13%). Existe un 3% que no está seguro, posiblemente no comprendió la

pregunta o porque no se explicó adecuadamente cuando emitió su respuesta. Asimismo, el 26% que respondió mayormente falso, juntamente con el 52% que respondieron definitivamente falso, siendo un alto porcentaje de adultos los que sí pueden y logran hacer sus cosas manteniendo el control sobre lo que hacen.

El 6% de los adultos mayores reportan que si dependen de lo que otras personas les indican. Además, el 13% responde que no está seguro. Las personas que poco necesitan ayuda están en un rango de 23%, tal vez, requieran de una pequeña indicación, palabra o frase para corregir algún descuido. Finalmente, la mayoría (58%) definitivamente no necesitan depender de otras personas. Otro aspecto evaluado fue la ayuda que requiere de otras personas encontrando que, un 3% de los adultos mayores responden críticamente, depende totalmente de otras personas, lo que sugiere que presentan ceguera o muy baja visión. Por otro lado, el 7% respondió mayormente cierto, esto significa que necesitan ayuda de otras personas, pero que sus circunstancias no son tan extremas como las personas del grupo anterior. Asimismo, el 14% responde que no está seguro. En cuanto a las personas que respondieron mayormente falso (24%) y definitivamente falso (52%), representan un alto porcentaje, siendo algo positivo porque no necesitan ayuda de otras personas o, en caso de necesitarle, será muy pequeña.

Claramente, cuando cualquier persona es discapacitada, por mínima que sea se expone a hacer cosas que le pueden causar vergüenza, como tropezar, golpearse, empujar a alguien, no poder subir escaleras, necesitar apoyo, entre otras. Y, nuestras ciudades y sus instalaciones urbanas no favorecen una libre movilidad, en especial, para los adultos mayores. Se aprecia que, un 6% de ellos están en la categoría mayormente cierto, es decir, sienten temor de causar algún acto bochornoso, el 10% menciona no estar seguro y el 26 % respondió mayormente falso, lo que sugiere que confían en ellos mismos y en su capacidad para hacer las cosas. Por último, el 58% consideran definitivamente falso, significa que tienen plena confianza en que no causarán actos de este tipo, bien por su buena visión o bien por su actitud.

Medidas Descriptivas de la Calidad de Vida Visual NEI VFQ – 25

A continuación, se detalla cada una de las dimensiones, tomando en cuenta la información de la tabla 20

Tabla 20. Medidas Descriptivas de la Calidad de Vida Visual NEI VFQ – 25 de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024

Dimensiones de NEI VFQ - 25	Medidas Descriptivas							
	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Varianza	Rango Intercuartílico (RIQ)	Mínimo	Máximo
Visión general	61	62.5	50	26.2	686	25	0	100
Bienestar	68.2	75	75	22.8	520	37.5	12.5	100
Dolor ocular	77.1	83	92	23	530	25	0	100
Visión cercana	79	83.3	100	22.3	495	33.3	0	100
Visión lejana	85	100	100	23.1	531	25	0	100
Visión periférica	77.2	80	95	18.2	330	20	27.5	100
Función Social	74	87.5	100	28.1	790	50	0	100
Visión a color	83.6	91.7	100	21.8	477	25	25	100
Conducir	85.4	87.5	100	19.7	388	25	0	100
Limitaciones en un rol	90.5	100	100	20	401	25	0	100
Dependencia	82.8	100	100	26	678	25	0	100
Calidad de Vida (VFQ - 25)	77.9	82	86	17.6	308	20	11	98

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

En relación con la Visión General sugiere una percepción relativamente moderada de la calidad de vida visual. Una media de 61 indica que los encuestados pueden estar experimentando limitaciones en su vida diaria debido a problemas visuales. El Bienestar refleja un nivel de bienestar aceptable, aunque todavía podría mejorarse. Indica que, si bien hay una percepción de bienestar, todavía existen preocupaciones relacionadas con la salud visual que podrían afectar el bienestar general. El dolor Ocular podría indicar que la mayoría de los adultos experimentan un dolor ocular manejable o leve, lo que sugiere que el dolor ocular no es un problema significativo para ellos y que su calidad de vida visual no está severamente afectada por este síntoma.

En cuanto a las dimensiones de la visión: Visión Cercana, sugiere que los adultos mayores tienen una buena capacidad para realizar tareas que requieren visión cercana, lo cual es fundamental para actividades cotidianas como leer o trabajar en computadoras; Visión Lejana, presentó un resultado positivo, ya que indica que los encuestados se sienten cómodos al ver objetos a distancia, lo que es importante para actividades como conducir o participar en eventos

deportivos; Visión Periférica, este puntaje indica una buena función visual periférica, aunque un poco más bajo que la visión lejana, sugiere que hay un compromiso razonable en su calidad de vida visual que podría ser relevante en ciertas actividades; Visión a Color, la percepción del color no es un problema significativo para los encuestados, lo que es esencial para actividades diarias que requieren identificación de colores.

En cuanto a la Función Social, se evidenció una media moderada en esta dimensión indica que, las limitaciones visuales afectan de alguna manera la vida social de los encuestados, aunque no de manera tan severa. Así mismo, en la dimensión conducir se obtuvo que la capacidad para conducir no se ve afectada significativamente, lo que es un elemento clave para la independencia y movilidad personal.

En lo que respecta a la dimensión limitaciones en un rol, este obtuvo un resultado muy alto, lo que indica que los adultos se sienten muy capaces de llevar a cabo sus roles o responsabilidades en comparación con los problemas visuales, lo cual refleja una adaptación exitosa a cualquier limitación visual que puedan enfrentar. Así mismo, la dimensión Dependencia, en general evidencia que, los adultos sienten que son bastante independientes y pueden realizar sus actividades diarias sin mucha asistencia de otros.

Así, las medidas descriptivas indican que, dentro de las fortalezas de los adultos de la muestra, se encuentran las dimensiones de visión lejana, conducir, y limitaciones en un rol tienen puntajes altos, lo que indica una buena funcionalidad visual en áreas importantes para la vida diaria. Por otro lado, como áreas de mejora, se debe enfocar en la visión general, el bienestar y la función social mostraron puntajes más bajos, sugiriendo que estos pueden ser objetivos para intervenciones futuras.

En resumen, se puede decir que, aunque hay áreas de preocupación, los adultos mayores mantienen un nivel razonablemente alto de calidad de vida visual, especialmente, en funciones críticas para la independencia y realización personal. Se podrían considerar intervenciones para mejorar la percepción del bienestar y la visión general de los encuestados.

Prueba de normalidad

La prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov, de la puntuación índice de Calidad de Vida de la Visión (VFQ – 25); arrojó $p < 0.05$. Así, se rechaza la hipótesis nula, por tanto, se seleccionan estadísticos no paramétricos para el análisis de las dimensiones de la calidad de vida, siendo estas: visión general, bienestar y sufrimiento; dolor ocular, visión cercana; visión lejana; función social; visión a color; conducir; limitaciones en un rol;

dependencia; presenta una bondad de ajuste ($p < 0.05$); la subescala Visión periférica ($p > 0.05$) (tabla 21).

Tabla 21. Prueba de bondad de ajuste a la curva normal de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk de la Calidad de Vida Visual NEI VFQ – 25 de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024

Dimensiones de NEI VFQ - 25	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Visión general	0.233	41	0.000	0.870	41	0.000
Bienestar y sufrimiento	0.189	41	0.001	0.908	41	0.003
Dolor ocular	0.217	41	0.000	0.871	41	0.000
Visión cercana	0.235	41	0.000	0.821	41	0.000
Visión lejana	0.442	41	0.000	0.601	41	0.000
Visión periférica	0.133	41	0.064	0.903	41	0.002
Función social	0.238	41	0.000	0.768	41	0.000
Visión a color	0.327	41	0.000	0.695	41	0.000
Conducir	0.235	41	0.000	0.705	41	0.000
Limitaciones en un rol	0.483	41	0.000	0.509	41	0.000
Dependencia	0.391	41	0.000	0.653	41	0.000
CALIDAD DE VIDA DE LA VISIÓN (VFQ - 25)	0.160	41	0.010	0.886	41	0.001

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Calidad de vida vs. Sexo

Según la Prueba U de Mann Whitney, Los resultados indican que, a un 95% de confianza, no existe diferencia significativa ($p > 0.05$) entre la puntuación de la calidad de vida visual entre adultos mayores y sexo (tabla 22).

Tabla 22. Prueba U de Mann Whitney para la puntuación de la Calidad de Vida Visual en adultos mayores

Calidad de Vida Visual	Rangos			Estadísticos de Prueba			
	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann- Whitney	W de Wilcoxon	Z	p- valor
Masculino	51	52.92	2699.00	1177.000	2452.000	-0.666	0.505
Femenino	50	49.04	2452.00				
Total	101						

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Calidad de vida vs. Edad

En la tabla 23, se resume la prueba chi cuadrado. Con un 95% de confianza, se puede decir que no existe diferencia significativa ($p > 0.05$) entre la puntuación de la calidad de vida Visual entre adultos mayores y la edad de los adultos mayores.

Tabla 23. Puntuación de la Calidad de Vida Visual según los grupos de edad de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024

Escala NEI VFQ-25	Medidas descriptivas	Edad				Estadísticos de Prueba ^{ab}		
		60 - 69 (n = 40)	70 - 79 (n = 40)	80 - 89 (n = 19)	90 a más (n = 2)	Chi- Cuadrado	grados de libertad	Sig. (Bilateral)
	Media	78.48	78.90	75.26	71.00			
Calidad de Vida Visual	Desviación estándar	18.20	15.67	20.28	25.46	0.751	3	0.861
	Rango Promedio	53.49	50.50	47.87	41.00			

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Calidad de vida vs. Residencia

Los resultados indican que, con un nivel de confianza del 95%, existe diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre la puntuación de la calidad de vida visual de los adultos mayores y el área de residencia; siendo mejor la calidad de vida visual en aquellos que residen en el área rural (tabla 24).

Tabla 24. Prueba de U de Mann Whitney para la puntuación de la Calidad de Vida Visual según el área de Residencia de los adultos mayores

Calidad de Vida Visual	Rangos			Estadísticos de Prueba			
	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann- Whitney	W de Wilcoxon	Z	p- valor
Urbana	56	44.88	2513.00				
Rural	45	58.62	2638.00	917.000	2513.000	-2.345	0.019
Total	101						

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Calidad de vida vs. Estado civil

Con un 95% de confianza, se puede decir que, no existe diferencia significativa ($p > 0.05$) entre la puntuación de la calidad de vida visual de los adultos mayores y el estado civil (tabla 25).

Tabla 25. Puntuación de la Calidad de Vida Visual según el estado civil de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024

Escala NEI VFQ-25	Medidas descriptivas	Estado Civil					Estadísticos de Prueba		
		Soltero (n = 11)	Casado (n = 48)	Unión Libre (n = 17)	Viudo (n = 8)	Divorciado (n = 17)	Chi-Cuadrado	grados de libertad	Sig (Bilateral)
Calidad de Vida Visual	Media	70.909	75.271	82.588	85.125	81.706			
	Desviación estándar	21.524	18.139	16.344	15.869	13.185	8.292	4	0.081
	Rango Promedio	40.500	45.250	60.588	67.625	56.618			

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Calidad de vida vs. Grado de instrucción

Con un 95% de confianza, se puede decir que, no existe diferencia significativa ($p > 0.05$) entre la puntuación de la calidad de vida visual de los adultos mayores y el grado de instrucción (tabla 26).

Tabla 26. Puntuación de la Calidad de Vida Visual según nivel de instrucción de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024

Escala NEI VFQ-25	Medidas descriptivas	Grado de instrucción			Estadísticos de Prueba ^{ab}		
		Primaria (n = 33)	Secundaria (n = 45)	Superior (n = 23)	Chi-Cuadrado	grados de libertad	Sig (Bilateral)
Calidad de Vida Visual	Media	78.424	74.978	82.826			
	Desviación estándar	16.053	20.748	11.044	1.546	2	0.4662
	Rango Promedio	50.667	48.011	57.326			

Fuente: Fuente: Elaboración propia

Calidad de vida vs. Autoidentificación

Con un 95% de confianza, se puede decir que, no existe diferencia significativa ($p > 0.05$) entre la puntuación de la calidad de vida visual de los adultos mayores según su autoidentificación (tabla 27).

Tabla 27. Puntuación de la Calidad de Vida Visual según la autoidentificación de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024

Escala NEI VFQ-25	Medidas descriptivas	Autoidentificación				Estadísticos de Prueba		
		Mestizo (n = 81)	Blanco (n = 12)	Indígena (n = 4)	Afrodescendiente (n = 4)	Chi-Cuadrado	grados de libertad	Sig (Bilateral)
Calidad de Vida Visual	Media	78.321	78.000	64.500	82.250			
	Desviación estándar	16.335	19.753	36.134	12.339	0.824	3	0.844
	Rango Promedio	50.914	54.125	39.500	54.875			

Fuente: Instrumento aplicado Calidad de Vida Visual NEI VFQ – 25 de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024

Calidad de vida vs. Comorbilidades

Con un 95% de confianza, se puede decir que, no existe diferencia significativa ($p > 0.05$) entre la puntuación de la calidad de vida visual de los adultos mayores y la variable comorbilidades (tabla 28).

Tabla 28. Prueba de U de Mann Whitney para la puntuación de la Calidad de Vida Visual según Comorbilidades en los adultos mayores

Calidad de Vida Visual	Rangos			Estadísticos de Prueba			
	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	p- valor
Si	28.00	52.98	1483.50				
No	73.00	50.24	3667.50	966.500	3667.500	-0.421	0.674
Total	101.00						

Fuente: Instrumento aplicado Calidad de Vida Visual NEI VFQ-25 de los adultos mayores en el cantón Cuenca.

Calidad de vida vs. Funcionamiento Familiar

A un 95% de confianza se estima que no existe diferencia significativa ($p > 0.05$) entre la puntuación de la calidad de vida visual de los adultos mayores y el funcionamiento familiar (tabla 29).

Tabla 29. Puntuación de la Calidad de Vida Visual según Funcionamiento Familiar (Test APGAR) en adultos mayores

Escala NEI VFQ- 25	Medidas descriptivas	Test Apgar - Funcionamiento Familiar			Estadísticos de Prueba		
		Muy funcional (n = 62)	Moderadamente funcional (n = 28)	Gravemente disfuncional (n = 11)	Chi- Cuadrado	grados de libertad	Sig (Bilateral)
	Media	81.161	75.250	66.182			
Calidad de Vida Visual	Desviación estándar	13.283	18.183	29.607	3.082	2	0.214
	Rango Promedio	55.016	45.357	42.727			

Fuente: Instrumento aplicado Calidad de Vida Visual NEI VFQ – 25 de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Calidad de vida vs. Resiliencia

Con un 95% de confianza, se puede decir que, no existe diferencia significativa ($p > 0.05$) entre la puntuación de la calidad de vida visual de los adultos mayores y la resiliencia que presentan (tabla 30).

Tabla 30. Puntuación de la Calidad de Vida Visual según Resiliencia en adultos mayores

Escala NEI VFQ-25	Medidas descriptivas	Resiliencia			Estadísticos de Prueba		
		Normal(n = 4)	Alta (n = 31)	Muy Alta (n = 66)	Chi- Cuadrado	grados de libertad	Sig (Bilateral)
	Media	75.2500	79.8387	77.1364			
Calidad de Vida Visual	Desviación estándar	20.17218	15.34079	18.54631	0.445	2	0.801
	Rango Promedio	43.88	53.23	50.39			

Fuente: Instrumento aplicado Calidad de Vida Visual NEI VFQ – 25 de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Por otra parte, los resultados del análisis de correlación entre las variables resiliencia y la calidad de vida de la visión en adultos mayores; muestran que, dichas variables no están correlacionadas, el valor resultante (-0.021) es cercano a cero (tabla 31).

Tabla 31. Correlación de Spearman entre Resiliencia y la Calidad de Vida Visual según Resiliencia en adultos mayores

	Rho de Spearman	Resiliencia	Calidad de Vida Visual
Resiliencia	Coefficiente de correlación	1.000	-0.021
	Sig. (bilateral)		0.839
	N	101	101
Calidad de Vida Visual	Coefficiente de correlación	-0.021	--
	Sig. (bilateral)	0.839	
	N	101	101

Fuente: Instrumento aplicado Calidad de Vida Visual NEI VFQ – 25 de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2024.

Discusión

El presente estudio determina la relación entre la calidad de vida y el nivel de resiliencia en adultos mayores con deficiencias visuales. Los resultados obtenidos de la investigación, con respecto a las características sociodemográficas de los adultos mayores en función del género muestran que, la edad se concentra entre 60 y 89 años. Por su parte, el área que predomina es la urbana para hombres y en las mujeres existe la misma representación para el área rural y urbana. El estado civil casado. Asimismo, son adultos donde prevalece la instrucción secundaria. En cuanto a la autoidentificación, estos, en su mayoría son mestizos. Además, en relación con las comorbilidades, los adultos que respondieron que si exceden ligeramente una cuarta parte.

Con respecto al funcionamiento familiar, este se evaluó a través de la prueba APGAR, este es un instrumento que ayuda a tener una idea de cómo son las interacciones y cuáles son los puntos débiles en una familia, identificando así si la misma cumple con sus funciones básicas y, como esta afecta o altera el estado de salud. Partiendo de esta idea, específicamente, del rol que juega la familia en la salud, la aplicación de la prueba muestra que en más de la mitad de los adultos mayores encuestados la funcionalidad familiar es adecuada, es decir, muy funcional. No obstante, el resto, cerca del 40% manifiestan que es moderada y grave. Aunado a esto, el funcionamiento familiar está relacionado con el sexo. Por el contrario, es independiente de las variables edad, área de residencia, nivel de instrucción, estado civil y comorbilidades. Estos resultados difieren de los hallados por donde encontró que el estado civil influye con un buen funcionamiento familiar, específicamente, ser casado (78).

Un estudio arrojó que existe una asociación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad familiar. Estos hallazgos difieren de los encontrados en

esta investigación, ya que la mayoría de los adultos mayores presentan un alto funcionamiento familiar aun cuando padecen problemas visuales (79).

Otro estudio, mostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y una moderada disfuncionalidad familiar (80).

Igualmente, se encontró que el funcionamiento familiar juega un papel importante en la calidad de vida de las personas con deficiencias visuales. Los resultados de ambos estudios no coinciden con lo hallado en esta investigación, donde se encontró que la calidad de vida es independiente del funcionamiento familiar, lo cual, puede estar sujeto a que, en su mayoría, los adultos de la muestra indicaron que la familia a la que pertenecen es muy funcional (81).

Ahora bien, considerando las variables sociodemográficas, se tiene que la calidad de vida presenta una asociación estadísticamente significativa con la residencia, es decir, los adultos mayores que residen en zonas rurales presentan una mayor calidad de vida que aquellos que residen en zonas urbanas. Al respecto, en su estudio encontró que las variables edad, residencia, nivel educativo, estado ocupacional y el historial de exámenes oculares está asociadas significativamente con la calidad de vida visual (82). De igual manera, abordó el tema y sus resultados muestran que la edad avanzada y la residencia rural están asociadas con una mala calidad de vida visual. En ambos casos, los resultados son similares con esta investigación en cuanto a la variable residencia y con el estudio de difiere con respecto a la edad (83).

Por otra parte, en la investigación no se encontraron diferencias significativas entre la calidad de vida con el sexo, la edad, el estado civil, el grado de instrucción, la autoidentificación y las comorbilidades. Estos resultados son diferentes a los obtenidos por en el cual, las variables edad, estado civil y nivel educativo influyen significativamente con la calidad de vida visual.

En el mismo orden de ideas, se encontró que la calidad de vida de los adultos está correlacionada de forma positiva con la funcionalidad familiar, es decir, aquellos adultos con disfunción familiar leve y grave mostraron peor calidad de vida en comparación con aquellos que formaban parte de una familia funcional. Estos resultados difieren con los hallados en la presente investigación donde se encontró que la calidad de vida visual de los adultos mayores es independiente del funcionamiento familiar y la resiliencia (85).

En concordancia con lo anterior, en un trabajo encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida y el funcionamiento familiar (86). Asimismo, en otro estudio, observaron que, la disfunción familiar si es un factor asociado a la baja calidad de vida en pacientes con degeneración macular asociada a la edad (87). Igualmente, el estudio

realizado, habla sobre las diversas deficiencias sensoriales que afectan a las personas y están asociadas con una peor calidad de vida y con mayores probabilidades de síntomas depresivos. Aun cuando, no refiere directamente sobre el funcionamiento familiar, es claro que, al existir un miembro de la familia con problemas de salud mental amerita atención, cuidados especiales y genera estrés, alterando el entorno familiar (88).

Así, los hallazgos de la presente investigación donde se encontró que el funcionamiento familiar es independiente a la calidad de vida difieren de los estudios previamente mencionados. Sin embargo, se infiere que, esto sucede por las características de los encuestados, ya que, la mayoría presenta un nivel muy funcional, no obstante, no se debe desestimar el impacto que esto tiene en el ambiente familiar en la calidad de vida los adultos mayores.

En cuanto a la calidad de vida y las comorbilidades, en un estudio se mostró que aquellas personas con discapacidad visual tienen mayor probabilidad de presentar más comorbilidades físicas y mentales que aquellos sin dicha discapacidad (89). Los resultados de esta investigación muestran que la mayoría de los adultos manifestó no presentar otras comorbilidades. La correlación entre calidad de vida visual y comorbilidades no fue significativa, difiriendo de lo mencionado previamente.

Por otro lado, el nivel de resiliencia de los adultos mayores del cantón de Cuenca se ubica en las categorías, alto y muy alto, ambas representan más del 90%; se puede decir que, los adultos de la muestra analizada son personas que enfrentan los problemas y los superan; resaltando así, que tienen una gran capacidad para recuperarse ante la adversidad y mantener una actitud optimista, aprendiendo de las dificultades y fortaleciéndose emocionalmente. Estos hallazgos no coinciden con lo encontrado en un estudio, donde los resultados muestran que el porcentaje más alto en cuanto al nivel de resiliencia se ubica en la categoría bajo y ningún adulto presenta alto nivel de resiliencia (90).

Agregando a lo anterior, las características sociodemográficas que influyen en el nivel de resiliencia de los adultos mayores del cantón Cuenca son: la edad, el estado civil y el nivel de instrucción; mientras que, el sexo, la autoidentificación y las comorbilidades no muestran una asociación estadísticamente significativa. Estos resultados coinciden con lo mencionado en un estudio, que encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre la resiliencia y las variables género, estado civil y educación (91). También son análogos a lo señalado por otra investigación, en cuanto a la asociación entre la resiliencia y la edad (90).

Por otro lado, son similares a los hallazgos de una investigación donde se encontraron que el género no mostró diferencias significativas con el nivel de resiliencia (92). Además,

concuerdan con lo encontrado un estudio, el cual, señala que las personas con edades avanzadas tienen mayor nivel de resiliencia y presentan niveles más bajos de depresión, lo que, a su vez, se traduce en una mejor calidad de vida, puesto que, son capaces de afrontar las dificultades (30). Sin embargo, difieren de los resultados de otros estudios, que indican que el sexo está asociado con los niveles de resiliencia, siendo estos mayores en mujeres que en hombres (27,29).

De manera similar a los resultados de esta investigación, en un estudio se hallaron una correlación estadísticamente significativa entre resiliencia y estado civil, nivel de escolaridad, autorreconocimiento de discapacidad visual y psico-social, percepción de la salud actual, ayudas externas, participación en actividad física, en otros programas de rehabilitación y consumo de medicamentos. En general, describen que existe una asociación positiva entre la resiliencia y la satisfacción con la vida y, que esta relación se ve influenciada por variables sociodemográficas y condiciones de salud. Asimismo, indican que las personas que poseen una alta capacidad de resiliencia tienden a experimentar también altos niveles de satisfacción con la vida (93). De las evidencias anteriores, se puede decir que las personas que son capaces de enfrentar los desafíos de la vida de manera efectiva también tienden a experimentar una mayor satisfacción en general. Así pues, se resalta la importancia de desarrollar la resiliencia como un recurso para mejorar la satisfacción con la vida, tomando en cuenta los diferentes factores para modular esta relación.

Estos resultados se asemejan con otro estudio, donde los autores encontraron que tanto la resiliencia como la calidad de vida en los adultos mayores con discapacidad está relacionada directamente con factores como: apoyo familiar, social y laboral (94). De la misma manera, contrastan con un estudio similar, donde observaron que estas dos variables son dependientes, ya que a mayor nivel de resiliencia mayor nivel de calidad de vida, sin embargo, de la presente investigación se deduce que, en lo referente a la calidad de vida, se ha observado que esta puede sufrir alteraciones que, no necesariamente son atribuibles a las características individuales de la persona, sino que, son influenciadas por una serie de factores interrelacionados, tales como: aspectos económicos, culturales, familiares, el funcionamiento del sistema de salud, la religión o dinámicas políticas, entre otros elementos que conforman el entorno socioambiental en el que se desenvuelve el individuo (95).

Otro aporte es el de Sánchez-Teruel et al. (96), quienes encontraron que existe una asociación entre la calidad de vida y la resiliencia, aquellas personas que arrojaron resiliencia media y alta tenían una calidad de vida significativamente mayor. Estos resultados son

diferentes a los encontrados en la presente investigación, donde se observó que no existe una asociación entre la calidad de vida de los adultos mayores del cantón Cuenca y la resiliencia. En referencia al análisis de correlación, se obtuvo que las variables calidad de vida visual de los adultos mayores y la resiliencia no están correlacionadas ($r=-0.021$). Estos hallazgos difieren de los encontrados por Smilkstein G. (95), ya que, en su estudio evidenció una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la resiliencia, indicando que a mayor resiliencia se tiene una mejor calidad de vida. Asimismo, no coinciden con los hallazgos de otro estudio, en los que la resiliencia actúa como mediador en la relación entre el apoyo social y la calidad de vida (97). En resumen, si se aumenta la resiliencia y el apoyo social la calidad de vida de los pacientes puede mejorar. Al respecto, Hernández E. (98) encontraron al igual que Wang Y. et al. (51), que, a mayor nivel de resiliencia, hay un mayor índice de calidad de vida. Por otra parte, tampoco coincide con los resultados de otro estudio, donde se encontró que, aquellas personas con discapacidad visual muestran niveles de resiliencia muy bajos (31). De igual modo, en el estudio de Vera F. (99) se encontró que existe una correlación directa débil ($r=0.239$).

Conclusiones

La población de adultos mayores estudiada se encuentra entre 60 y 90 años, con una distribución más equitativa en el sexo femenino y una mayor representación en el grupo de 70 a 79 años. En términos de área de residencia, la mayoría de ellos provienen de áreas urbanas, aunque, se observa una mayor presencia de hombres en esta categoría. Respecto al estado civil, la mayoría de los encuestados están casados, con una diferencia significativa en la representación de hombres y mujeres. Por su parte, en relación con el nivel de educación, resaltan los estudios secundarios, con una representación mayor de mujeres. Asimismo, la autoidentificación étnica que sobresale es mestiza, con una mayor representación de hombres. Por último, en términos de comorbilidades, se observa que una minoría de los encuestados presentan alguna condición médica adicional, siendo las mujeres el grupo con mayor representación en este aspecto.

Los adultos mayores en el cantón Cuenca tienen un funcionamiento familiar mayoritariamente funcional, con diferencias significativas según el sexo, pero no según otros factores como la edad, el área de residencia, el nivel de instrucción, el estado civil, la auto identificación o la presencia de comorbilidades. No obstante, la presencia de un porcentaje significativo de familias gravemente disfuncionales sugiere la necesidad de estrategias para

fortalecer la comunicación y la resolución de conflictos, así como intervenciones para aquellas familias que enfrentan desafíos más serios. La comprensión de estas dinámicas puede guiar intervenciones efectivas y programas de apoyo familiar adecuados que fomenten una mayor funcionalidad en aquellos que lo necesiten.

El análisis de la resiliencia en adultos mayores muestra que la mayoría de ellos tienen un grado de resiliencia muy y muy alta, lo que indica que, se sienten satisfechos en su entorno, no se sienten solos y tienen confianza en sí mismos. También, puede sugerir un entorno social, familiar o comunitario que fomenta la resiliencia. En contextos aplicativos, como programas de intervención psicológica o social, los resultados sugieren que sería más eficaz enfocarse en aquellos pocos (4%) que tienen niveles normales de resiliencia para ayudarlos a mejorar, ya que los demás miembros de la muestra parecen estar en una buena posición para manejar desafíos. Además, se encontró que el sexo, la autoidentificación étnica y la presencia de comorbilidades no influyen en el nivel de resiliencia alcanzado por los adultos mayores. Por su parte, la edad, estado civil y nivel de instrucción sí están asociados a los niveles de resiliencia en la muestra objeto de estudio.

La mayoría de los adultos mayores encuestados tienen una percepción positiva de su visión, lo cual es alentador y probablemente tenga un impacto positivo en su calidad de vida general. Sin embargo, es crucial atender y proporcionar recursos a aquellos que enfrentan problemas visuales. Mejorar la atención a la salud visual puede resultar en beneficios significativos en la calidad de vida de esta población. Proporcionar medidas de apoyo y educación puede ser clave para mantener y mejorar la salud visual de los adultos mayores. Por otro lado, se observó que, la calidad de vida de los adultos mayores está asociada con el lugar de residencia, siendo esta mejor en aquellos adultos que residen en zonas rurales. Por otra parte, se observó que la calidad de vida de los adultos de la muestra analizada es independiente del sexo, el estado civil, el grado de instrucción, la autoidentificación y las comorbilidades.

En general, se concluye que, no existen diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida con el funcionamiento familiar y los niveles de resiliencia de los adultos mayores del cantón Cuenca, de la provincia de Azuay.

Recomendaciones

Considerar la diversidad de características de la población al diseñar políticas y programas de atención y cuidado para garantizar un envejecimiento digno y de calidad para todos los adultos mayores en el cantón.

Fortalecer la resiliencia en adultos mayores, promoviendo la creación de entornos favorables que fomenten su bienestar emocional y psicológico. Además, es fundamental considerar factores como la edad, el estado civil y el nivel de instrucción al diseñar programas de apoyo y acompañamiento para este grupo de personas, con el objetivo de potenciar su capacidad de adaptación y superación frente a situaciones adversas.

Abordar otros determinantes de la calidad de vida, independientemente de variables como el sexo, estado civil, nivel educativo, autoidentificación y la presencia de comorbilidades. Así como, tomar en cuenta el lugar de residencia del adulto mayor al momento de planificar políticas y programas de atención y cuidado para la población envejecida, debido a que el entorno rural proporciona un ambiente más favorable para la calidad de vida de los adultos mayores.

PROPUESTA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA PARA ADULTOS MAYORES CON DEFICIENCIA VISUAL

Título:

Iluminando el camino: Estrategias de enfermería para fortalecer la resiliencia y calidad de vida en adultos mayores con discapacidad visual

Introducción

La discapacidad visual es una condición que afecta a un número significativo de adultos mayores, impactando su calidad de vida, autonomía y bienestar emocional. A medida que la población envejece, las dificultades asociadas con la pérdida de visión se vuelven cada vez más comunes, generando una serie de desafíos que pueden dificultar la realización de actividades diarias, el mantenimiento de relaciones sociales y la gestión de su salud emocional (49). Esta situación no solo afecta a los individuos que la padecen, sino que también repercute en sus familias y en la comunidad en general.

En este contexto, es fundamental implementar intervenciones efectivas que aborden las necesidades específicas de los adultos mayores con discapacidad visual (50). Este programa de intervención de enfermería busca mejorar la calidad de vida y la resiliencia de esta población, promoviendo su autonomía y bienestar emocional. A través de un enfoque integral que incluye la educación, la capacitación en el uso de tecnologías adaptativas y el fortalecimiento del apoyo familiar, se pretende empoderar a los adultos mayores para que enfrenten los retos asociados a su condición.

La propuesta se estructura en varias fases: una evaluación integral que permita identificar las necesidades individuales, un plan de intervención individualizado centrado en el desarrollo de habilidades y en la promoción de la autonomía, y un fortalecimiento del entorno familiar para asegurar un apoyo efectivo. Finalmente, se establece un seguimiento y evaluación continua para medir el impacto de las intervenciones y realizar los ajustes necesarios (51).

Con este programa, se espera no solo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con discapacidad visual, sino también fomentar un entorno familiar y social que contribuya a su bienestar integral, promoviendo así una mayor inclusión y participación en la comunidad.

Diagnóstico Situacional

La discapacidad visual en adultos mayores representa un desafío significativo para su bienestar general y calidad de vida (52). Según la Organización Mundial de la Salud (80), se estima que

aproximadamente 285 millones de personas en el mundo viven con alguna forma de discapacidad visual, siendo los adultos mayores uno de los grupos más afectados. En este contexto, es esencial realizar un diagnóstico situacional que permita identificar las características, necesidades y problemas específicos de esta población.

Características de la Población

Los adultos mayores con discapacidad visual suelen presentar diversas características que influyen en su calidad de vida. La mayoría de ellos experimenta no solo la pérdida de la visión, sino también comorbilidades relacionadas con la edad, como enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión), deterioro cognitivo y limitaciones físicas. Estas condiciones pueden agravar las dificultades que enfrentan en su vida cotidiana, afectando su movilidad, independencia y capacidad para realizar actividades básicas.

Necesidades Identificadas

Entre las necesidades más comunes de los adultos mayores con discapacidad visual se encuentran:

- **Acceso a Tecnologías Adaptativas:** La falta de conocimiento sobre el uso de herramientas y tecnologías adaptativas, como lupas, bastones y lectores de pantalla, limita su capacidad para realizar actividades diarias de manera independiente.
- **Apoyo Emocional y Psicológico:** La discapacidad visual puede contribuir a sentimientos de aislamiento, ansiedad y depresión. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de proporcionar apoyo emocional y terapias psicoemocionales que fortalezcan la resiliencia y el bienestar mental.
- **Educación y Capacitación:** Es fundamental ofrecer programas educativos que capaciten tanto a los adultos mayores como a sus familiares en el manejo de la discapacidad visual y en la promoción de la autonomía.
- **Apoyo Familiar:** La participación de la familia es clave para el bienestar de los adultos mayores con discapacidad visual. Sin embargo, muchos familiares carecen de la formación necesaria para proporcionar un apoyo adecuado sin fomentar la dependencia.

Contexto Social

El contexto social y comunitario también influye en la situación de los adultos mayores con discapacidad visual. En muchas comunidades, el acceso a servicios de salud, programas de

rehabilitación y recursos educativos es limitado. La falta de sensibilización sobre la discapacidad visual puede generar actitudes discriminatorias y barreras en la interacción social, lo que agrava el aislamiento de esta población.

El diagnóstico situacional revela la necesidad de un enfoque integral que aborde tanto las limitaciones físicas como las emocionales de los adultos mayores con discapacidad visual. Este programa de intervención de enfermería se propone responder a estas necesidades a través de estrategias que fomenten la autonomía, el bienestar emocional y el fortalecimiento del apoyo familiar, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable.

Objetivos

Objetivo general:

Mejorar la calidad de vida y la resiliencia de los adultos mayores con discapacidad visual, promoviendo su autonomía, bienestar emocional y fortaleciendo el apoyo familiar y social.

Objetivos específicos:

- Desarrollar habilidades de afrontamiento ante la discapacidad visual mediante intervenciones psicoemocionales que promueven la resiliencia y el bienestar emocional.
- Promover la autonomía en actividades de la vida diaria mediante la capacitación en el uso de tecnologías y herramientas adaptativas.
- Implementar estrategias que aborden tanto el bienestar físico como el emocional y social a través de terapias y actividades diseñadas para fortalecer la calidad de vida.

Metodología

La metodología de este programa de intervención de enfermería se basa en un enfoque integral y multidisciplinario, diseñado para abordar las necesidades específicas de los adultos mayores con deficiencia visual. La intervención se estructura en cuatro fases, cada una con actividades específicas, recursos necesarios y métodos de evaluación. A continuación, se detallan estas fases:

FASE 1: EVALUACIÓN INTEGRAL	
Duración: 2 semanas	Objetivo: Identificar comorbilidades y limitaciones en el área física, cognitiva y emocional, que puedan influir en la calidad de vida de los adultos mayores con discapacidad visual.

FASE 1: EVALUACIÓN INTEGRAL	
Desarrollo:	<ul style="list-style-type: none"> – Con una anamnesis detallada, en la que se explorarán los antecedentes médicos del paciente, enfocados en identificar enfermedades crónicas, trastornos cognitivos, problemas motores y otras condiciones que afectan su bienestar general. – Una exploración física para detectar posibles problemas de movilidad y afecciones relacionadas con la edad. – Además, se aplicarán pruebas cognitivas y emocionales (como el Mini Mental State Examination, MMSE) para evaluar el nivel de función cognitiva y la presencia de síntomas de ansiedad o depresión, condiciones comunes en esta población.
Aplicación:	<p>NEI VFQ-25 y el RS-14</p> <ul style="list-style-type: none"> – NEI VFQ-25: Este cuestionario validado será aplicado para evaluar el impacto de la discapacidad visual en la vida diaria y el bienestar general del adulto mayor. Incluye preguntas sobre visión cercana, visión lejana, función social, bienestar emocional y dependencia. El objetivo es determinar cómo la pérdida de la visión afecta a nivel funcional, emocional y psicológico. – RS-14 (Escala de Resiliencia): Se aplicará para medir la capacidad del adulto mayor de afrontar situaciones adversas y adaptarse a la pérdida visual. Esta escala ayuda a identificar el nivel de resiliencia individual, fundamental para diseñar intervenciones personalizadas orientadas a mejorar el afrontamiento y la adaptación positiva.
Evaluación:	<p>Apoyo Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> – Test APGAR Familiar: Esta prueba será utilizada para evaluar la funcionalidad familiar y el nivel de apoyo percibido por el adulto mayor. El APGAR familiar mide cinco áreas clave del apoyo familiar: Adaptación, Participación, Gradación (crecimiento personal), Afecto y Resolución, lo que permite identificar las fortalezas y áreas de mejora en el entorno familiar. – Desarrollo: La prueba será administrada mediante entrevistas breves con el adulto mayor, y cuando sea posible, con miembros del núcleo familiar para obtener una visión más integral del contexto familiar y su impacto en la salud emocional y resiliencia del paciente.
Recursos:	<p>Equipo Multidisciplinario:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Enfermería: Los profesionales de enfermería liderarán la evaluación integral, administrando los cuestionarios y realizando los chequeos físicos necesarios. Además, actuarán como el enlace entre el adulto mayor y el resto del equipo. – Oftalmología: Un especialista en oftalmología evaluará el estado actual de la discapacidad visual y determinará si es necesario ajustar tratamientos o indicar dispositivos de asistencia visual. – Psicología: El psicólogo colaborará en la aplicación y análisis de los resultados del RS-14 y en la evaluación emocional de los pacientes,

FASE 1: EVALUACIÓN INTEGRAL	
	<p>identificando signos de ansiedad, depresión u otros trastornos que puedan requerir intervención terapéutica.</p> <p>– Trabajo Social: Los trabajadores sociales realizarán una evaluación del entorno social y familiar del paciente, ayudando a identificar recursos comunitarios disponibles y apoyando en la gestión de redes de apoyo adicionales, cuando sea necesario.</p>

Fase 2: Plan de Intervención Individualizado	
Duración: 4 semanas	Objetivo: Promover la autonomía de los adultos mayores con discapacidad visual y mejorar su bienestar emocional mediante el uso de herramientas adaptativas, entrenamiento en actividades diarias y terapia psicoemocional.
Desarrollo:	<ol style="list-style-type: none"> Educación y Capacitación: se realizarán talleres grupales e individuales para enseñar el uso de herramientas adaptativas como lupas, bastones y tecnologías de asistencia (lectores de pantalla). Estas capacitaciones estarán orientadas a mejorar la independencia en actividades de la vida diaria. Promoción de la Autonomía: los participantes recibirán entrenamiento práctico para realizar tareas cotidianas como el uso de la cocina, desplazamiento seguro en el hogar y manejo del dinero. Este entrenamiento incluye técnicas de orientación y movilidad diseñadas para aumentar la confianza y seguridad en sus habilidades. Terapia Psicoemocional: Se ofrecerán sesiones grupales e individuales de terapia que se centrarán en fortalecer la resiliencia emocional, abordando la ansiedad y la depresión. Se aplicarán técnicas de afrontamiento, relajación y mindfulness para mejorar el bienestar emocional.
Aplicación:	Cada participante tendrá un plan de intervención personalizado basado en sus capacidades y necesidades. Los talleres y terapias se impartirán en grupos pequeños o sesiones individuales, según el nivel de apoyo necesario. Se fomentará la participación en las actividades, asegurando que los adultos mayores desarrollen las habilidades para integrarlas en su vida diaria.
Evaluación:	Al final de las 4 semanas, se evaluará el nivel de autonomía adquirido mediante la observación directa y encuestas auto informadas. Asimismo, se reevaluará el estado emocional de los participantes utilizando escalas de resiliencia (RS- 14) y bienestar emocional. Los resultados se compararán con las evaluaciones iniciales para medir el progreso.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> – Capacitadores especializados en tecnologías adaptativas y técnicas de orientación y movilidad. – Psicólogos especializados en geriatría para liderar las sesiones de terapia psicoemocional. – Equipamiento adaptado como lupas, bastones, tecnologías de asistencia y recursos educativos para las actividades diarias.
Fase 3: Fortalecimiento del Entorno Familiar	

Duración: 2 semanas	Objetivo: Fortalecer la red de apoyo familiar para mejorar el bienestar emocional y la autonomía de los adultos mayores con discapacidad visual, brindando herramientas a los familiares para proporcionar un apoyo adecuado sin fomentar la dependencia.
Desarrollo:	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="422 396 1415 651">1. Talleres de Educación Familiar: se organizarán talleres dirigidos a los familiares y cuidadores de los adultos mayores, con el objetivo de capacitarlos en el manejo adecuado de las limitaciones visuales. Los temas incluyen cómo apoyar la independencia en las actividades cotidianas del adulto mayor, evitando conductas que generen dependencia. Los talleres también ofrecerán estrategias para adaptarse al entorno del hogar y fomentar la participación del adulto mayor. <li data-bbox="422 674 1415 1003">2. Acompañamiento Emocional y Comunicación Eficaz: durante estos talleres, se proporcionará formación sobre la importancia de la comunicación abierta y empática con el adulto mayor, con énfasis en cómo su discapacidad visual afecta su bienestar emocional. Los familiares aprenderán técnicas para ofrecer un acompañamiento emocional efectivo, evitando actitudes condescendientes o paternalistas, y promoviendo una relación de respeto y comprensión. Se explorará cómo la discapacidad visual puede generar estrés o ansiedad en el adulto mayor, y cómo la familia puede ser una clave de apoyo para aliviar estos sentimientos. <li data-bbox="422 1025 1415 1232">3. Dinámicas Familiares y Roles de Apoyo: se trabajará con los familiares en la creación de un entorno de apoyo saludable, donde se reconozcan los roles y responsabilidades dentro del hogar para atender mejor las necesidades del adulto mayor. Los familiares aprenderán a equilibrar el apoyo con la promoción de la autonomía, asegurando que el adulto mayor se sienta valorado y capaz de participar activamente en la vida familiar.
Aplicación:	Los talleres se ofrecerán en modalidad presencial o virtual según la disponibilidad de los familiares. Serán facilitados por profesionales en trabajo social, psicología y enfermería, quienes proporcionarán material educativo diseñado específicamente para las familias de personas con discapacidad visual. Se promoverá un espacio de intercambio de experiencias entre los familiares, fomentando la creación de redes de apoyo mutuo.
Evaluación:	Al final de las 2 semanas, se evaluará el impacto de los talleres mediante encuestas a los familiares, valorando el nivel de comprensión adquirido sobre el manejo de la discapacidad visual y el apoyo emocional. Además, se realizará una evaluación del adulto mayor sobre la percepción del apoyo familiar, utilizando la prueba APGAR familiar para medir la funcionalidad del entorno familiar.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="422 1697 1415 1765">– Talleres educativos con material específico sobre el manejo de la discapacidad visual y el apoyo emocional. <li data-bbox="422 1776 1415 1843">– Facilitadores especializados en trabajo social, psicología y enfermería para guiar los talleres y proporcionar asistencia personalizada. <li data-bbox="422 1854 1415 1912">– Material educativo impreso y digital para el uso continuo de los familiares después de los talleres.
Fase 4: Seguimiento y Evaluación	

Duración: 6 meses	Objetivo: Monitorizar el progreso de los adultos mayores referente a su autonomía, calidad de vida y resiliencia, evaluando el impacto del programa y ajustando las intervenciones en función de los resultados obtenidos.
Desarrollo:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión periódica: cada dos meses, se realizará una revisión integral de los avances de los participantes en las áreas de autonomía, bienestar emocional y social, así como resiliencia. Se mantendrán reuniones con el adulto mayor, sus familiares y el equipo multidisciplinario para evaluar el progreso individual. Estas incluyen la evaluación de la capacidad del adulto mayor para realizar actividades de la vida diaria, la estabilidad de su estado emocional y su adaptación a las herramientas y técnicas aprendidas durante el programa. 2. Re-aplicación de escalas de evaluación: se volverán a aplicar las mismas escalas que se utilizaron en la fase inicial para medir el impacto de la discapacidad visual y el nivel de resiliencia. Estas incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • NEI VFQ-25: Cuestionario para evaluar cómo la discapacidad visual afecta diferentes áreas de la vida diaria, incluyendo la función social, el bienestar emocional y la independencia. • RS-14: Escala para medir el nivel de resiliencia y capacidad de afrontamiento de los adultos mayores frente a situaciones adversas. • Test APGAR Familiar: Para evaluar la funcionalidad del entorno familiar y la calidad del apoyo percibido por el adulto mayor. <p>Al comparar los resultados obtenidos durante las fases iniciales y las revisiones periódicas, se identificarán áreas de mejora o estancamiento, lo que permitirá ajustar las intervenciones y personalizar el seguimiento.</p> 3. Ajuste de las intervenciones: en base a los resultados obtenidos de las evaluaciones periódicas, se realizarán ajustes en las actividades y el enfoque de las intervenciones. Si se detectan barreras o dificultades en el proceso de adaptación, se implementarán estrategias adicionales para fortalecer las áreas débiles. Estos ajustes podrían incluir sesiones adicionales de capacitación, cambios en las técnicas de apoyo o la introducción de nuevas herramientas adaptativas.
Aplicación:	Las revisiones y re-aplicaciones de las escalas se realizarán a través de citas programadas con el equipo multidisciplinario, que incluye personal de enfermería, psicología, oftalmología y trabajo social. Se utilizará un software especializado para registrar y analizar los datos recogidos durante el seguimiento, lo que permitirá una visualización clara del progreso y facilitará la toma de decisiones sobre las intervenciones futuras.
Evaluación:	El impacto del programa se evaluará en tres aspectos principales: <ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomía: Medida a través del nivel de independencia alcanzado en actividades de la vida diaria. 2. Calidad de vida: Evaluada mediante el NEI VFQ-25 para determinar el bienestar físico, emocional y social. 3. Resiliencia y apoyo familiar: Evaluada a través de la escala RS-14 y el test

	APGAR familiar, que reflejarán la capacidad del adulto mayor para afrontar la adversidad y la efectividad del apoyo familiar.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> – Software de seguimiento para almacenar y analizar los datos de las evaluaciones. – Equipo multidisciplinario compuesto por enfermeras, – Herramientas de evaluación como cuestionarios y escalas (NEI VFQ-25, RS-14, APGAR Familiar).

Evaluación del Programa

La evaluación del programa es un componente crucial para medir la efectividad de las intervenciones implementadas y garantizar que se logren los objetivos propuestos. El plan de seguimiento y evaluación se ha diseñado para ser claro y sistemático, permitiendo un análisis exhaustivo del impacto de las actividades realizadas.

Objetivos de la Evaluación

1. Medir el Impacto: Determinar cómo las intervenciones han influido en la autonomía, calidad de vida y bienestar emocional de los adultos mayores con discapacidad visual.
2. Identificar áreas de Mejora: A través de la recolección de datos, se busca identificar qué aspectos del programa requieren ajustes o modificaciones para optimizar su efectividad.
3. Ajustar intervenciones: Basándose en los resultados obtenidos, se realizarán los ajustes necesarios en las actividades y enfoques de intervención, asegurando una atención personalizada y adaptada a las necesidades de cada participante.

Metodología de Evaluación

El programa incluirá revisiones periódicas y la Re-aplicación de escalas validadas que permitirán medir el progreso de los participantes. Se utilizarán las siguientes herramientas de evaluación:

1. NEI VFQ-25: Este cuestionario se aplicará para evaluar el impacto de la deficiencia visual en diferentes áreas de la vida diaria, incluyendo la función social y el bienestar emocional.
2. RS-14: La escala de resiliencia se aplicará para medir la capacidad de los adultos mayores para enfrentar situaciones adversas y adaptarse a la pérdida de visión.

3. Test APGAR Familiar: Se utilizará para evaluar la funcionalidad del entorno familiar y la calidad del apoyo percibido por el adulto mayor, proporcionando información valiosa sobre el impacto del entorno social en su bienestar.

Proceso de Evaluación

1. Revisiones Periódicas: se llevarán a cabo reuniones cada dos meses con los participantes y sus familias para revisar los avances en autonomía y bienestar emocional. Estas reuniones servirán como un espacio de retroalimentación y reflexión sobre el proceso de intervención.
2. Reaplicación de Escalas: las escalas mencionadas se administrarán en momentos específicos del programa, permitiendo comparaciones entre los resultados iniciales y los obtenidos en las evaluaciones posteriores. Esto ayudará a identificar mejoras, estancamientos o retrocesos en las áreas evaluadas.
3. Análisis de Resultados: se realizará un análisis exhaustivo de los datos recolectados, utilizando software especializado que permitirá visualizar el progreso de cada participante y el impacto general del programa.

El plan de evaluación está diseñado para ser dinámico y adaptativo, asegurando que el programa se ajuste a las necesidades de los adultos mayores a lo largo de su implementación. La combinación de seguimiento continuo y reevaluación periódica permitirá no solo medir el éxito de las intervenciones, sino también garantizar una mejora constante en la calidad de vida de los participantes. A través de este enfoque, se busca maximizar el impacto del programa, promoviendo la autonomía, el bienestar emocional y el apoyo familiar en esta población vulnerable.

Resultados Esperados

Al final de la intervención, se anticipan una serie de cambios y mejoras significativas en la población objetivo, que contribuirán a mejorar la calidad de vida y el bienestar general de los adultos mayores con deficiencia visual. Los resultados esperados incluyen:

1. Aumento de la Autonomía: Se espera que los participantes sean capaces de realizar un mayor número de actividades de la vida diaria de manera independiente, como la preparación de alimentos, el desplazamiento seguro en el hogar y el manejo de dinero.

Esto se logrará a través de la capacitación en el uso de herramientas adaptativas y técnicas de orientación.

2. **Mejora en la Calidad de Vida:** A través de la aplicación del cuestionario NEI VFQ-25, se anticipa un aumento en la puntuación relacionada con el bienestar emocional, la función social y la percepción general de la calidad de vida. Los participantes deberían reportar una mayor satisfacción en su vida diaria y una disminución en la sensación de limitación por la discapacidad visual.
3. **Fortalecimiento de la Resiliencia Emocional:** Se prevé que los adultos mayores muestren un aumento en su capacidad para afrontar situaciones adversas, medido mediante la escala RS-14. Se espera que desarrollen habilidades de afrontamiento más efectivas y una mayor confianza en su capacidad para manejar los desafíos relacionados con su discapacidad.
4. **Mejora en el Apoyo Familiar:** A través de la implementación de talleres dirigidos a familiares, se espera que haya un aumento en la percepción de apoyo emocional y funcionalidad familiar, evaluada mediante el test APGAR. Los familiares deberían sentirse más capacitados para ofrecer un apoyo adecuado y fomentar la independencia del adulto mayor, evitando la dependencia excesiva.
5. **Incremento en la Participación Social:** Se espera que los adultos mayores se sientan más motivados y capaces de participar en actividades comunitarias y sociales, lo que contribuirá a reducir el aislamiento social y mejorar su bienestar emocional.
6. **Reducción de la Ansiedad y Depresión:** A través de las sesiones de terapia psicoemocional, se anticipa una disminución en los niveles de ansiedad y depresión en los participantes. Se espera que la implementación de técnicas de relajación, mindfulness y afrontamiento contribuya a un estado emocional más positivo.
7. **Sostenibilidad de los Aprendizajes:** Finalmente, se espera que los participantes mantengan los conocimientos y habilidades adquiridos durante la intervención a largo plazo, permitiéndoles continuar mejorando su calidad de vida y autonomía incluso después de finalizado el programa.

En resumen, los resultados esperados de la intervención son una serie de cambios positivos que impactarán no solo a los adultos mayores con discapacidad visual, sino también a sus familias y a la comunidad en general. Al mejorar la autonomía, la calidad de vida y el apoyo emocional,

se busca fomentar un entorno más inclusivo y participativo, donde los adultos mayores puedan vivir con dignidad y bienestar.

Conclusiones

La intervención propuesta para adultos mayores con deficiencia visual tiene un impacto significativo y multifacético en la calidad de vida de esta población vulnerable. Se espera que, al finalizar el programa, los participantes experimenten mejoras notables en su autonomía, bienestar emocional y resiliencia. A través de un enfoque integral que combina la capacitación en el uso de herramientas adaptativas, el apoyo emocional y el fortalecimiento del entorno familiar, la intervención busca empoderar a los adultos mayores, permitiéndoles enfrentar los desafíos derivados de su discapacidad de manera más efectiva.

La relevancia de esta intervención en el campo de la enfermería radica en su enfoque holístico y multidisciplinario. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel crucial en la identificación de las necesidades individuales, la educación de los pacientes y sus familias, y la implementación de estrategias que promuevan la salud y el bienestar. Al adoptar un enfoque centrado en la persona, la enfermería puede contribuir a una atención más integral y efectiva, que no solo se enfoque en las limitaciones físicas, sino que también aborde los aspectos emocionales y sociales de la salud.

Además, la intervención refuerza la importancia del trabajo colaborativo entre diferentes disciplinas de la salud, lo que permite un abordaje más completo de las necesidades del adulto mayor. La integración de enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales en el diseño y ejecución del programa garantiza que se aborden todas las dimensiones del bienestar del paciente, facilitando su recuperación y adaptación a la discapacidad.

Recursos Financieros

Para la implementación exitosa de esta intervención, se ha elaborado un presupuesto estimado que detalla los costos asociados con recursos humanos, materiales y tecnológicos. A continuación, se presenta un desglose de los principales componentes del presupuesto:

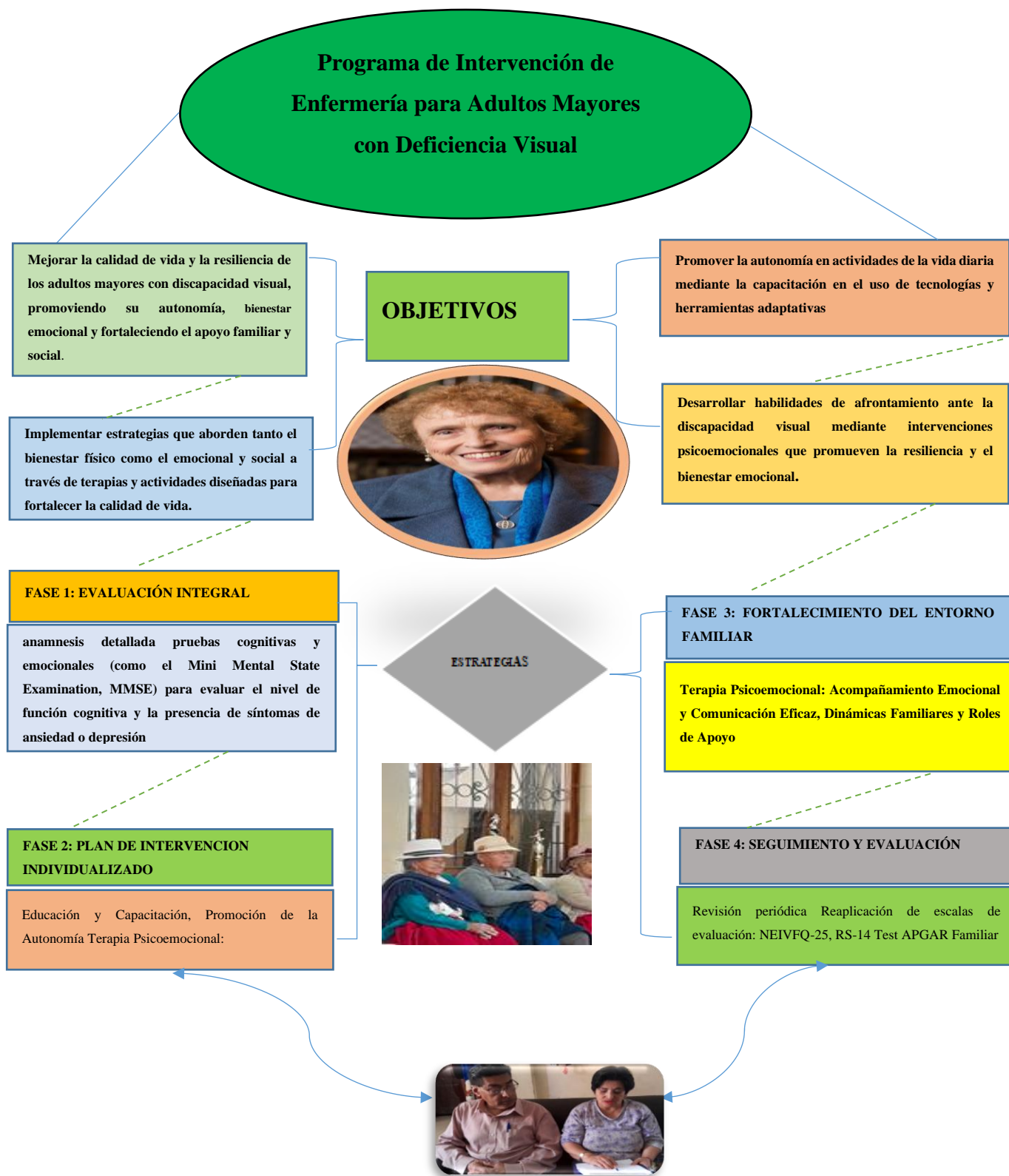
1. Recursos Humanos:
 - Personal de Enfermería (2 enfermeras): \$300
 - Psicólogos Especializados en Geriátrica (2 psicólogos): \$300
 - Trabajo Social (1 trabajador social): \$300

- Capacitadores en Tecnologías Adaptativas (1 capacitador): \$300
2. Materiales y Equipamiento:
- Herramientas Adaptativas (lupas, bastones, lectores de pantalla): \$ 500
 - Material Educativo (folletos, guías, manuales): \$ 800
 - Equipamiento para Talleres (sillas, mesas, proyector): \$ 1.000
3. Tecnología y Software:
- Software para Seguimiento y Análisis de Datos: \$ 600
 - Costo de Licencias de Uso (si aplica): \$ 500
4. Gastos Generales:
- Transporte y Logística: \$ 300
 - Costos Administrativos (incluyendo alquiler de espacios, suministros): S 300

Total, estimado del presupuesto: \$2000

Este presupuesto se considera una inversión en la salud y el bienestar de los adultos mayores con discapacidad visual, con el objetivo de proporcionarles las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida y fomentar su inclusión en la comunidad. La ejecución eficiente de este plan asegurará que se logren los resultados esperados, beneficiando tanto a los participantes como a sus familias.

Modelo de intervención basado en el Modelo de Callista Roy



Fuente: Autoría Propia

Referencias bibliográficas

1. Hernández Vergel VK, Solano Pinto N, Ramírez Leal P. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)*. 2021 Septiembre; 26(95): p. 530-543.
2. Fiffe Gamboa M, Gamboa Delgado Y. Influencia de la educación en la calidad de vida del adulto mayor. *EduSol*. 2018 Junio 18; XVIII(1): p. 163-169.
3. CEPAL. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Perspectiva Regional y de Derechos Humanos Huenchuan S, editor. México; 2018.
4. Piña Morán M, Olivo Viana MG, Martínez Matamala C, Poblete Troncoso M, Guerra Guerrero V. Envejecimiento, calidad de vida y salud Desafíos para los roles sociales de las personas mayores. *Rumbos TS*. 2022 Octubre;; p. 7-27.
5. Calle A, López A, Campillay M. Inclusión social de las personas con discapacidad visual: una revisión sistemática cualitativa. *Investigación Cualitativa en Salud: Avances y Desafíos*. 2021 Septiembre 23;; p. 617-629.
6. Kirchner C. Aspectos económicos de la ceguera y la baja visión un planteamiento nuevo.. *Dialnet*. 1996;; p. 27-37.
7. Mendoza Medina LP, Marín Ballesteros DM, Figueroa Olarte LF. Alteraciones en el estado emocional en pacientes con discapacidad visual adquirida. Tesis de Pregrado. Colombia: Universidad Antonio Nariño; 2011.
8. García López LE, Quevedo Navarro M, La Rosa Pons Y, Leyva Hernández A. Calidad de vida percibida por adultos mayores. *MEDIMAY*. 2020 Marzo 15; 27(1): p. 16-25.
9. Collazo, N. Estado nutricional y estilo de vida en el adulto mayor en una zona rural de la victoria, 2018. Tesis de Pregrado. Pimentel: Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
10. Toapaxi J. E, Guarate C. Y, Cusme T. N. Influencia del estilo de vida en el estado de salud de los adultos mayores. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2020 Agosto 20; V(4): p. 18-24.
11. Schalock R, Verdugo M. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Dialnet*. 2007; XXXVIII(224): p. 21-36.
12. Díaz-Castillo R, González Arratia NI, González-Escobar S. Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Neurama Revista Electrónica de Psicogerontología*. 2017 Septiembre 1; IV(2): p. 22-29.
13. García Cervantes HT, Lara-Machado JR. Calidad de vida y autoestima en adultos mayores de una asociación de jubilados ecuatoriana. *SciELO Preprints*. 2022 Febrero 11.

14. Meléndez JC, Delhom I, Satorres E. El poder de la inteligencia emocional sobre la resiliencia en adultos mayores. *Ansiedad y Estrés*. 2019 Mayo 25; XXV(1): p. 14-19.
15. Robledo CA, Duque CP, Hernández J, Ruíz MA, Zapata R. Envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas en torno al envejecimiento y la vejez. *CES Derecho*. 2022 Agosto; XIII(2): p. 132-160.
16. Mendoza-Nuñez VM, Vivaldo-Martínez M, Martínez-Maldonado Mdll. Modelo comunitario de envejecimiento salubre enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018, Noviembre 15; LVI: p. S110-S119.
17. Ley Orgánica de Discapacidades., Ecuador ANRd., SBC 2012 Septiembre 25.
18. Oliveira Araújo C, Faro A. Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, Sao Paulo, Brasil. *Enfermería Global*. 2016 Abril; XV(2): p. 63-80.
19. Enriquez González C, Torres Esperón JM, Alba Pérez LdC, Crespo Borges T. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy en cuidadores primarios. *Medicentro Electrónica*. 2020 Julio 1; XXIV(3).
20. Pizzicari F. Derecho de las personas con discapacidad. *Revista Derecho de las Minorías*. 2022 Septiembre 2; I: p. 59-68.
21. Social MdIEy. Dirección Población Adulta Mayor. [Online].; 2013. Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.
22. Gobierno provincial del Azuay. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Provincia de Azuay. 2021 Agosto.
23. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre Discapacidades. Ginebra: OMS; 2013.
24. Ministerio de Salud Pública. Proyecto Atención Integral a Personas con Discapacidad Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud a Nivel Nacional. 2021.
25. Ministerio de Salud Pública. Evaluación de resultados del proyecto "Atención Integral e Integradora a Personas con Discapacidad, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud a Nivel Nacional". 2022.
26. Nieto Mora F, Ortega Araya F, Rodríguez Gutiérrez S. Atención a adultos mayores con discapacidad visual adquirida en la comuna de los Prado en contexto de pandemia por COVID-19. Propuesta de orientaciones para el trabajo de modalidad virtual. Tesis de Pregrado. Santiago de Chile: Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Facultad de Filosofía y Educación; 2021.

27. Basto Cáceres A, Vega Herrera A, Riveros Munévar F. Resiliencia en adultos con discapacidad física adquirida y proceso de rehabilitación en la Clínica Universidad de La Sabana. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. 2023 Junio; XXIII(1): p. 1-18.
28. Galarza Sánchez G, Paucar Chalán V, Huertas Delgado E. Resiliencia y satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Quito (Ecuador). Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay. 2023 Abril 18; IV(1): p. 4439-4451.
29. Ortiz Rodríguez E, Forero Quintana LF, Arana Clavijo LV, Polanco Valenzuela M. Resiliencia, optimismo, esperanza y sentido de vida en el adulto mayor con y sin enfermedad crónica de la ciudad de Bogotá. Diversitas. 2021 Marzo 2; XVII(2): p. ISSN 1794-9998.
30. Vinaccia Alpi S, Gutierrez K, Escobar M. Calidad de vida, resiliencia y depresión en adultos mayores de Montería, Colombia. Diversitas. 2021 Abril 2; XVII(2): p. ISSN:1794-9998.
31. Rosado M, Pinargote Ortega J, Alcivar Medranda E, Coello Basurto E. Enseñar en la resiliencia a personas con discapacidad visual. Manabí: Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales; 2018.
32. Mayhuay J, Bautista S. Factores asociados al funcionamiento familiar del adulto mayor en una Institución Privada de Lima Norte 2017. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Católica Sedes Sapientae, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
33. Bustamante D, Maldonado P. Deterioro Cognitivo en el adulto mayor y su relación con la funcionabilidad familiar. Tesis de Pregrado. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.
34. Verdugo Z. Calidad de vida de las personas con discapacidad en relación a la funcionalidad familiar Loja 2016. Tesis de Pregrado. Loja: Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana; 2017.
35. Llamazares de Prado J, Arias Gago AR, Melcon Alvarez M. Calidad de vida, Educación y Ámbito Familiar en la Discapacidad Visual desde la Revisión Teórica. Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental - REGET. 2017 Abril; XXI(1): p. 62-77.
36. Temeselew Tegegn M, Kegne Assaye A, Tilahun Belete G. Prevalence, causes and associated factors of visual impairment and blindness among older population in outreach site, Northwest Ethiopia. A dual center cross-sectional study. Afri Health Sci. 2023 Septiembre; XXIII(3): p. 683-695.
37. Temesgen B, Shiferaw D, Hayilu D, Alemayehu A, Addis Y. Vision-Related Quality of Life among Adult Patients with Visual Impairment at University of Gondar, Northwest Ethiopia. Journal of Ophthalmology. 2020 Marzo 23;: p. 1-7.

38. Getachew T, Mengistu M, Getahun F. Prevalence of Visual Impairment and Associated Factors Among Older Adults in Southern Ethiopia, 2022. *Scientific Reports*. 2024; XIV(1): p. 1-16.
39. De Souza E, Viana E, Pires D, Dos Santos C, Souza R, Reis L, et al. Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2022 Febrero 6; LXXV(2): p. e20210106.
40. Vásquez L, Reinoso P. Funcionamiento familiar y calidad de vida de cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo. Riobamba. 2022. Tesis de Pregrado. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.
41. León Villacorta E. Disfunción familiar como factor asociado a depresión en pacientes con degeneración macular asociada a la edad. Tesis de Pregrado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina; 2019.
42. Liljas A, Jones A, Cadar D, Steptoe A, Lassale C. Association of Multisensory Impairment With Quality of Life and Depression in English Older Adults. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020; CXLVI(3): p. 278-285.
43. Court H, McLean G, Guthrie B, Mercer S, Smith D. Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults: a cross-sectional study. *BMC Medicine*. 2014 Octubre 17; XII(181): p. 1-8.
44. Rosado G. Resiliencia en el adulto mayor del asilo Victor F. Lira de Arequipa. Tesis de Pregrado. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades; 2018.
45. Zegeye T. An investigation on the status of resilience amongst adults with blindness in Addis Ababa. *African Journal of Disability*. 2020 Noviembre 10; IX(0).
46. Cedeño A, Intriago A. Afectividad en los sujetos con discapacidad y su relación con el género: un enfoque desde la resiliencia. 2018. .
47. Botina Y, Rodríguez S, Tamayo J. Resiliencia y Satisfacción con la vida en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Medellín. Tesis de Maestría. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Salud; 2021.
48. Vélez Á, Villaseñor R. Discapacidad, resiliencia y calidad de vida. *Diversitas*. 2023; XIX(1).
49. Retamozo N, Pachao F. Calidad de vida y resiliencia en personas con discapacidad visual. Centro de rehabilitación para ciegos adultos. Arequipa 2015. Tesis de Pregrado. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, Facultad de Enfermería; 2015.

50. Musich S, Wang S, Schaeffer J, Kraemer S, Wicker E, Yeh C. The association of increasing resilience with positive health outcomes among older adults. *Geriatric Nursing*. 2022 Enero 29; XLIV: p. 97-104.
51. Wang Y, Zhao Y, Xie X, Chen Q, Xia X. Resilience Mediates the Relationship Between Social Support and Quality of Life in Patients With Primary Glaucoma. *Frontiers in Psychiatry*. 2019 Enero 30; X(22).
52. Arévalo M. Resiliencia y su relación con la calidad de vida en las personas con discapacidad visual del Centro Tiflocultural Municipal de Loja septiembre 2018- agosto 2019. Tesis de Pregrado. Loja: Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana; 2019.
53. Cascamayta O. Resiliencia y calidad de vida en personas con discapacidad visual de la Unión de Ciegos de la Región Inca Cusco (UCRI) - 2021. Tesis de Pregrado. Cusco: Universidad Nacional de Loja, Facultad de Ciencias Sociales; 2023.
54. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 2012 Enero 10; XXX(1): p. 61-71.
55. Trigueros R, Alvarez J, Aguilar-Parra JM, Alcaraz-Ibáñez M. Validación y adaptación española de la escala de resiliencia en el contexto deportivo (ERCD). *Psychology, Society, & Education*. 2017 Mayo 14; 9(2): p. 311-324.
56. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2004 Octubre 30; XI(8): p. 505-514.
57. M. Dueñas, A. Salazar, B. Ojeda, I. Failde. La calidad de vida relacionada con la salud, una medida útil y necesaria también en atención primaria. *ELSEVIER*. 2020; 46(8): p. 510-511.
58. Schalock RL, Verdugo MA. Quality of life for human service practitioners.. In Verdugo MA, Jenaro C. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza; 2002.
59. Figueroa Escudero E, Pérez Castro J. Autodeterminación y éxito académico de personas con discapacidad visual. *Revista de Investigación Educativa de la Rediech*. 2023 Enero 31; XIV: p. e1643.
60. Pallarés J, Perdígón AL, Molinero MC, Reñones D, Gómez RM, Álvarez JM, et al. Evaluación de la calidad de vida en una muestra de personas con enfermedad mental incapacitadas judicialmente. *Psicopatología Clínica, Legal, Forense*. 2014 Diciembre 27; XIV: p. 79-95.
61. (INCI) INpC. Adulto Mayor Cómo ayudar al Adulto Mayor con Discapacidad Visual. 2020 Marzo..
62. Jiménez Ambriz MG. La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2011 Abril; 46(2): p. 59-60.

63. Becoña E. Resiliencia: Definición, Características y Utilidad del Concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2006 Octubre 14;: p. 125-146.
64. Charney D. Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress. *Am J Psychiatry*. 2004 Febrero; 161(2): p. 195-216.
65. García del Castillo JA, García del Castillo-López Á, López-Sánchez C, Dias PC. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions Salud y Drogas*. 2016 Enero; XVI(1): p. 59-68.
66. Alvarez MA. Nuevas perspectivas de resiliencia en el entorno de la docencia universitaria. *Revista Internacional de Investigación y Formación Educativa*. 2018 Septiembre;: p. 1-20.
67. Arcelay Rojas YA, Avilés Garay E. Conocimientos y Experiencias de Candidatos a Maestros sobre la Aplicación de Prácticas Promotoras de Resiliencia Educativa. *Revista Actualidades Educativas en Educación*. 2014 Diciembre; XIV(3): p. 1-33.
68. Tiet Q, Huizinga D, Byrnes H. Predictors of Resilience Among Inner City Youths. *Journal of Child and Family Studies*. 2010, Septiembre 3; XIX: p. 360-378.
69. Llopis Orrego MdM. Resiliencia en docentes universitarios : Afrontando retos en tiempos de pandemia. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*. 2022 Junio 27; XXII(3): p. 1-36.
70. González C, Fardoun H, Collazos C, Yousif M. Estudio exploratorio en iberoamérica sobre procesos de enseñanza-aprendizaje y propuesta de evaluación en tiempos de pandemia. *Education in the Knowledge Society (EKS)*.. 2020 Junio 24;(21).
71. Melillo E, Suárez N. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas Argentina BA, editor.: Paidós; 2001.
72. Puig G. Manual de Resiliencia Aplicada Gedisa , editor. Barcelona, España; 2021.
73. Castro A, Kelly J, Shih M. Resilience strategies for new teachers in high-needs areas. *Teaching and Teacher Education*. 2010 Abril; XXVI(3): p. 622-629.
74. Belykh A. Resiliencia e inteligencia emocional: conceptos complementarios para empoderar al estudiante. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos, Nueva Época, SUJ*. 2018; XLVIII(1): p. 255-282.
75. Miño S, Eugenio L. Resiliencia y su relación con la calidad de vida en niños y adolescentes pertenecientes a centros de acogimiento. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022 Diciembre 28; VI(6): p. 106-183.
76. Sánchez M. La importancia de una buena visión. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2012 Junio; III(3): p. 1224-1234.

77. Ramírez M. Discapacidad visual. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. 2010..
78. Suárez J. Discapacidad visual y ceguera en el adulto: revisión de tema. Medicina UPB. 2011; XXX(2): p. 170-180.
79. Jaramillo-Cerezo A, Torres-Yepes V, Franco-Sánchez I, Llano-Naranjo Y, Arias-Urbe J, Suárez-Escudero J. Etiología y consideraciones en salud de la discapacidad visual en la primera infancia: revisión del tema. Revista Mexicana de Oftalmología. 2022 Agosto 4; XCVI(1): p. 27-36.
80. (OMS) OMdIS. Ceguera y discapacidad visual. [Online].; 2023. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>.
81. Callista R, Heather A. The Roy adaptation model. Segunda ed. Bogotá: Appleton & Lange; 1999.
82. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos M, Gallego de Pardo P, Gómez Daza B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan. 2002 Octubre;: p. 19-23.
83. Moreno-Fergusson M, Alvarado-García A. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan. 2009 Abril; IX(1): p. 62-72.
84. Hernández Sampieri R, Fernández Collado , Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. Mexico: McGraw-Hill, 2018.
85. García E, Cusme N. Aplicación del modelo de Callista Roy como herramienta de adaptación al estrés. Brazilian Journal of Health Review. 2023 Enero; VI(1): p. 1832-1854.
86. Lazcano-Ortiz M, Salazar-González B, Gómez-Meza M. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aquichan. 2009 Abril; VIII(1): p. 116-125.
87. Hernández J, Jaimes M, Carvajal Y, Suárez D, Medina P, et al. Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. Cultura del Cuidado Enfermería. 2016 Junio; XIII(1): p. 6-21.
88. Bernal C. Metodología de la Investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 3ra ed. México: PEARSON; 2010.
89. Quincho-Apumayta R, Cárdenas J, Inga-Choque V, Bada W, Espinoza G, Carlos-Yangali H. Metodología de la investigación científica: El sentido crítico, ante todo con uno mismo Sucari W, Aza P, Flores A, editors. Puno; 2022.
90. Maya E. Métodos y técnicas de investigación, 4ta ed. México; 2014.
91. Hurtado J. Metodología de la Investigación Guía para la comprensión holística de la ciencia. Cuarta ed. Caracas: Quirón Ediciones; 2010.

92. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista L. Metodología de la Investigación. Sexta ed. D.F: McGraw-Hill; 2014.
93. Rodríguez L. Probabilidad y Estadística Básica para Ingenieros Guayaquil: Escuela Politécnica del Litoral Instituto de Ciencias Matemáticas; 2007.
94. Rodríguez Suárez B, Hernández Silva Y, Llanes Rodríguez R, Veitía Rovirosa Z, Trujillo Fonseca K, Guerra Almaguer M. Escala NEI VFQ-25 como instrumento de medición de la calidad de vida relativa a la visión. *Revista Cubana de Oftalmología*. 2017; XXX(1): p. 1-12.
95. Smilkstein G. The Family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. *The Journal of Family Practice*. 1978; VI(6): p. 1231-1239.
96. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello M. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*. 2015 Octubre 15; II(40): p. 103-113.
97. Waxman H, Padrón Y, Gray J. Educational Resiliency: Student, Teacher, and School Perspectives. Pub. IA, editor.; 2004.
98. Hernández E. Modelo de adaptación de Callista Roy: cuidados a un paciente con infarto agudo de Miocardio. *Metas de enfermería*.; 2019, Mayo 17; (44): p. 52-59.
99. Vera F. Puntos clave sobre el APGAR Familiar. *Medicina Clínica y Social*. 2018 Julio 30; II(2): p. 99-101.

ANEXOS

Anexo 01 Cálculo de la muestra

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	385
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	193
80%	116
90%	160
97%	213
99%	244
99.9%	285
99.99%	308

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Anexo 2. Formato del consentimiento informado

Consentimiento Informado

Cuenca de del

Yo, con N° de cédula: con pleno uso de mis facultades acepto participar voluntariamente en esta investigación y que, habiendo recibido información clara, precisa y suficiente sobre el propósito, el procedimiento y el tiempo que me tomará para responder las preguntas y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee, sin dar explicaciones. También he recibido información de que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad.

Declaro que conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación denominado “ENFOQUE DEL ENTORNO SOCIO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PROVINCIA DEL AZUAY”.

.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Anexo 3. Instrumentos aplicados

Anexo 3.1. Ficha de recolección de información

Ficha n°: _____

1. Sexo: masculino _____ femenino _____

2. Edad: _____

3. Residencia:

Urbana _____ Rural _____

4. Estado Civil:

Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____ Viudo _____

1. Nivel de Instrucción

Analfabeto _____ Primaria _____ Secundaria _____ Universitaria _____

2. Ocupación

Empleado Privado _____ Empleado Público _____ Estudiante _____ Ama de casa _____ Ninguno _____

7. Ceguera

Sí _____ No _____

* Si la respuesta es "Sí" salta a pregunta 9.

8. Nivel de Agudeza Visual

9. Problemas de Salud

Caries _____ Crisis convulsivas _____ Úlceras por presión _____

Problemas respiratorios _____ Heridas _____

Anexo 3.2. Test NEI VFQ-25

Seleccione la respuesta que más se ajuste	1	2	3	4	5	6
1. Actualmente, diría usted que su vista (usando espejuelos o lentes de contacto, si los usa) es:	Excelente	Buena	Regular	Mala	Muy mala	Completa ceguera
2. ¿Qué tan seguido se preocupa acerca de su vista? Diría usted que:	Nunca	Pequeña parte del tiempo	Parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo	
3. ¿Cuánto dolor o malestar diría usted que ha sentido en los ojos o alrededor de los ojos (por ejemplo, ardor, picazón, o dolor)?	Nada	Un poco	Moderado	Severo	Muy Severo	
4. ¿Cuánta dificultad tiene usted para leer la letra regular de los periódicos?	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado
5. ¿Cuánta dificultad tiene para hacer trabajos o pasatiempos que requieren que usted vea bien de cerca como cocinar, coser, arreglar cosas o usar herramientas? Diría usted que:	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado
6. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para encontrar algo que está en un estante/repisa llena/a de cosas? Diría usted que tiene:	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado
7. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para leer los nombres de las calles o los nombres de las tiendas? Diría usted que tiene:	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado
8. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para bajar escalones, escaleras, o el borde de la acera/banqueta cuando hay poca luz o es de noche? Diría usted que tiene:	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado
9. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para notar objetos a los lados cuándo va	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no

Seleccione la respuesta que más se ajuste	1	2	3	4	5	6
caminando? Diría usted que tiene:						está interesado
10. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para ver cómo reacciona la gente cuando usted dice algo? Diría usted que tiene:	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado
11. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para escoger y coordinar su propia ropa? Diría usted que tiene:	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado
12. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para visitar a la gente en su casa, en fiestas o restaurantes? Diría Ud. que tiene:	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado
13. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para salir al cine, al teatro o a ver eventos deportivos? Diría usted que tiene:	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado
14. Ahora me gustaría hablarle sobre manejar un carro. ¿Maneja usted un carro en la actualidad, al menos de vez en cuando?	SI = ir a 14 c	NO= ir 14a				
14a. ¿Es porque nunca ha manejado un carro o porque ha dejado de hacerlo?	Nunca ha manejado = ir 15	Dejé de hacer				
14b. Si dejó de manejar: ¿Fue principalmente a causa de su vista, por otras razones, o por su vista y otras razones?	Principalmente por la vista	Principalmente por otras razones	Por las dos causas, la vista y otras razones			
14c. Si actualmente maneja: ¿Cuánta dificultad tiene usted para manejar durante el día por lugares conocidos?	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad		
14d. ¿Cuánta dificultad tiene usted para manejar de noche?	Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Moderada Dificultad a	Extrema dificultad	Dejo de hacerlo a causa de su vista	Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado

Seleccione la respuesta que más se ajuste	1	2	3	4	5	6
15. ¿Qué tan seguido ha realizado usted menos trabajo del que le hubiera gustado hacer a causa de su vista?	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Pequeña parte del tiempo	Nunca	
16. ¿Qué tan seguido está limitado/a por su vista en cuanto al tiempo que puede trabajar o hacer otras cosas por su vista?	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Pequeña parte del tiempo	Nunca	
17. ¿Qué tan seguido no puede hacer lo que quisiera a causa del dolor o malestar en los ojos o alrededor de los ojos; por ejemplo, ¿ardor, picazón o dolor?	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Pequeña parte del tiempo	Nunca	
18. Me quedo en casa la mayor parte del tiempo a causa de mi vista. Diría usted que es:	Definitivamente cierto	Mayormente cierto	No está seguro	Mayormente falso	Definitivamente falso	
19. Me siento frustrado/a gran parte del tiempo a causa de mi vista. Diría usted que es:	Definitivamente cierto	Mayormente cierto	No está seguro	Mayormente falso	Definitivamente falso	
20. Tengo mucho menos control sobre lo que hago a causa de mi vista. Diría usted que es	Definitivamente cierto	Mayormente cierto	No está seguro	Mayormente falso	Definitivamente falso	
21. A causa de mi vista, tengo que depender demasiado en lo que otra gente me dice. Diría usted que es:	Definitivamente cierto	Mayormente cierto	No está seguro	Mayormente falso	Definitivamente falso	
22. Necesito mucha ayuda de otras personas a causa de mi vista. Diría usted que es:	Definitivamente cierto	Mayormente cierto	No está seguro	Mayormente falso	Definitivamente falso	
23. Me preocupa que voy a hacer cosas que me van a causar vergüenza a mí mismo o a otros a causa de mi vista. Diría usted que es:	Definitivamente cierto	Mayormente cierto	No está seguro	Mayormente falso	Definitivamente falso	

Anexo 3.3. Test APGAR FAMILIAR

Seleccione la opción de acuerdo con su criterio	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos			

Puntuación	Resultado
0-3	Familia con grave disfunción
4-6	Familia moderadamente disfuncional
7-10	Familia muy funcional

Anexo 3.4. Test ER - 14

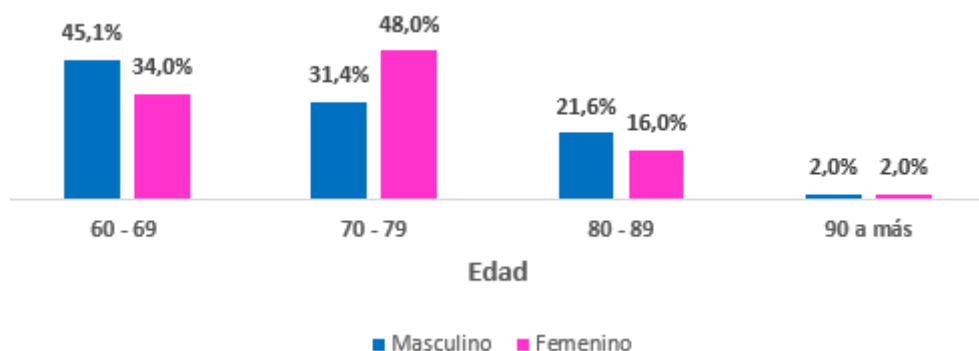
Señale con un círculo sobre la respuesta indicada	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7
1. Normalmente, me las arreglo de una u otra manera	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3. En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida.	1	2	3	4	5	6	7

Rango	Resiliencia
14-30	Muy baja
31-48	Baja
49-63	Normal
64-81	Alta
82-94	Muy Alta

Anexo 4. Características Generales

- **Edad vs. Sexo**

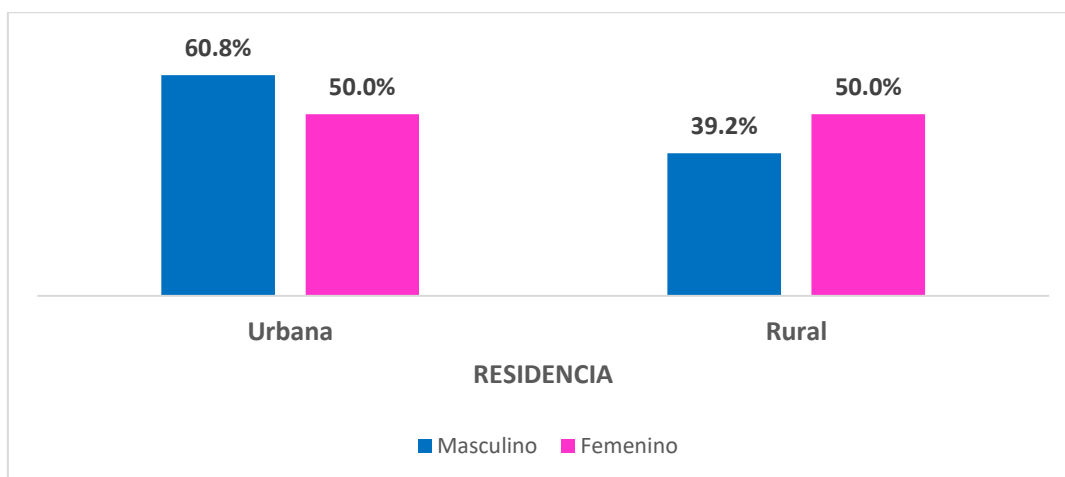
Gráfico 28. Edad según sexo de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay.

- **Residencia vs. Sexo**

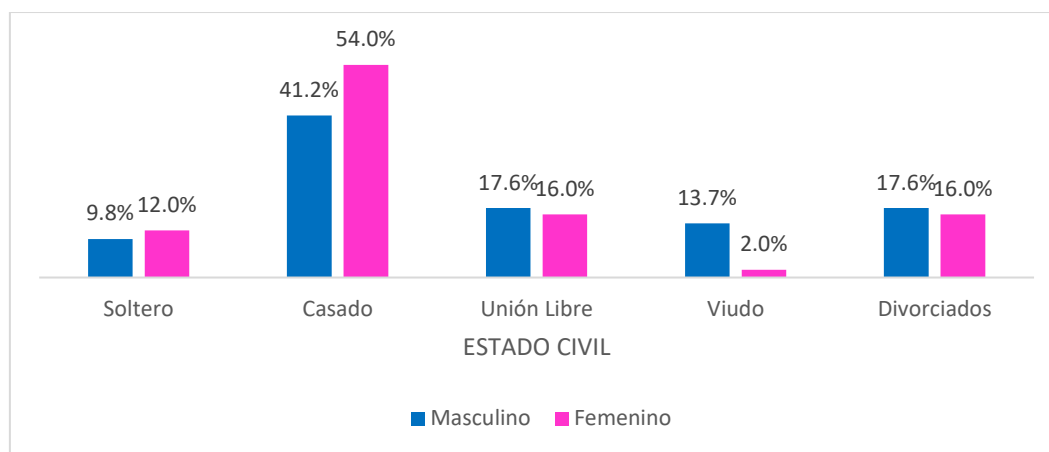
Gráfico 29. Residencia según sexo de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Edad vs. Estado Civil**

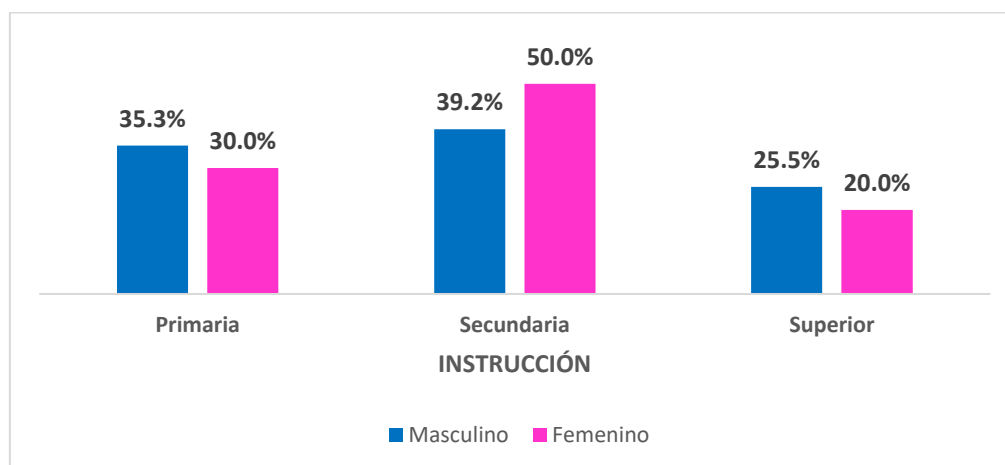
Gráfico 30. Estado civil según sexo de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Instrucción vs. Sexo**

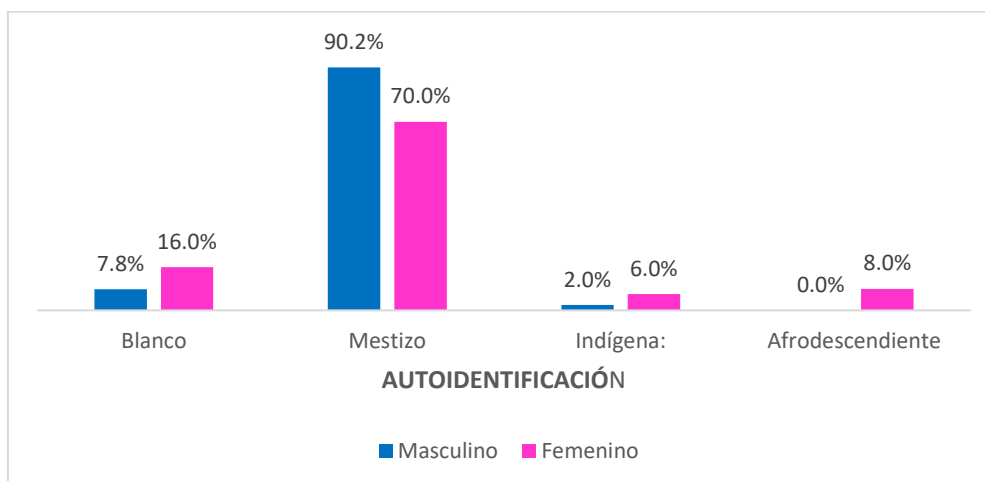
Gráfico 31. Instrucción según sexo de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Autoidentificación vs. Sexo**

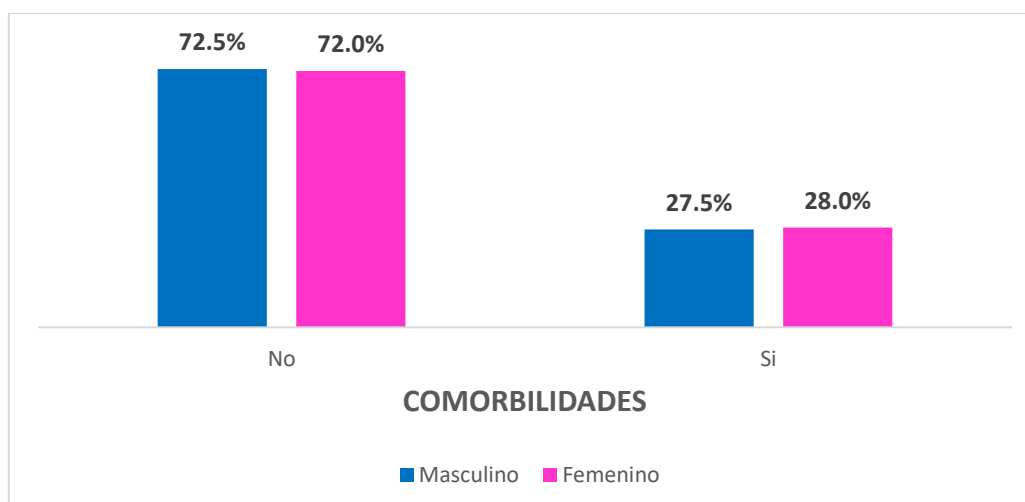
Gráfico 32. Auto identificación según sexo de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Comorbilidades vs. Sexo**

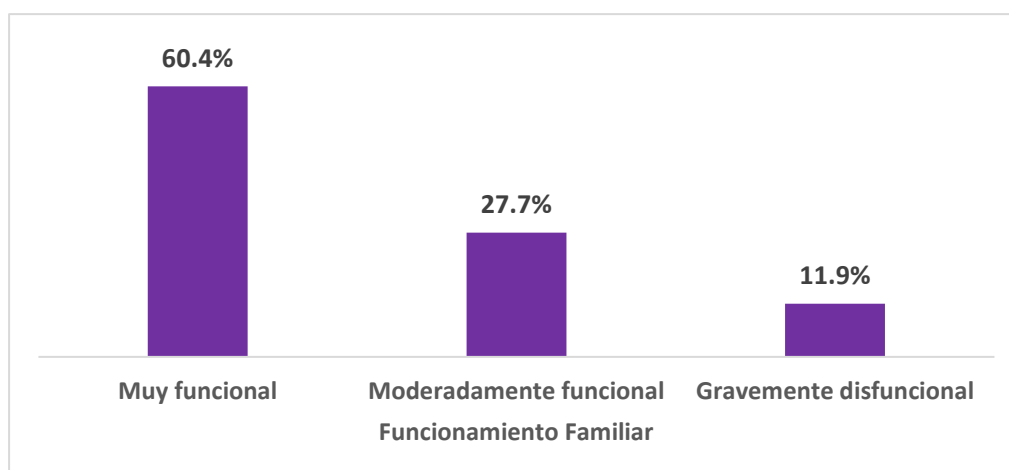
Gráfico 33. Comorbilidades según sexo de los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

Funcionamiento Familiar

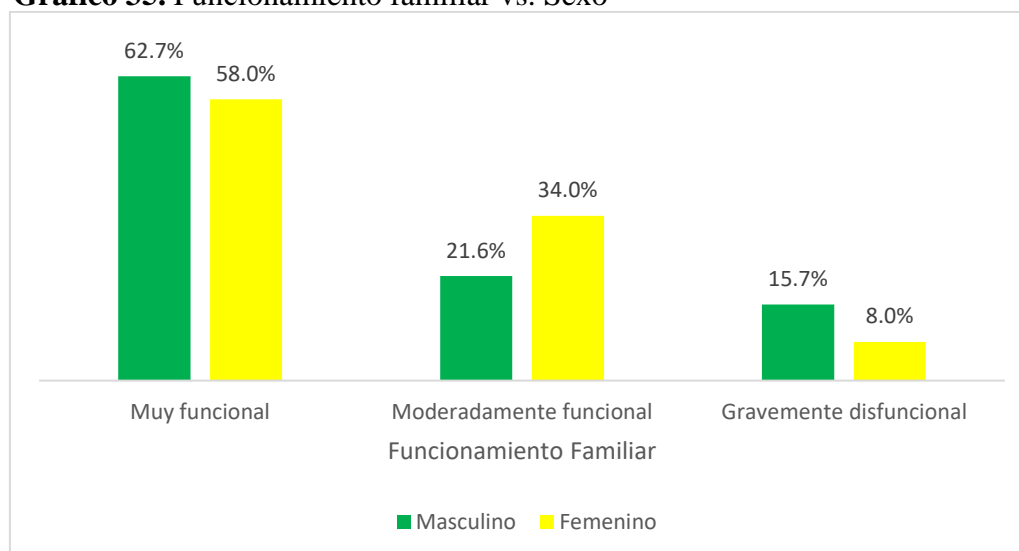
Gráfico 34. Test APGAR – Funcionamiento familiar.



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Funcionamiento Familiar vs. Sexo**

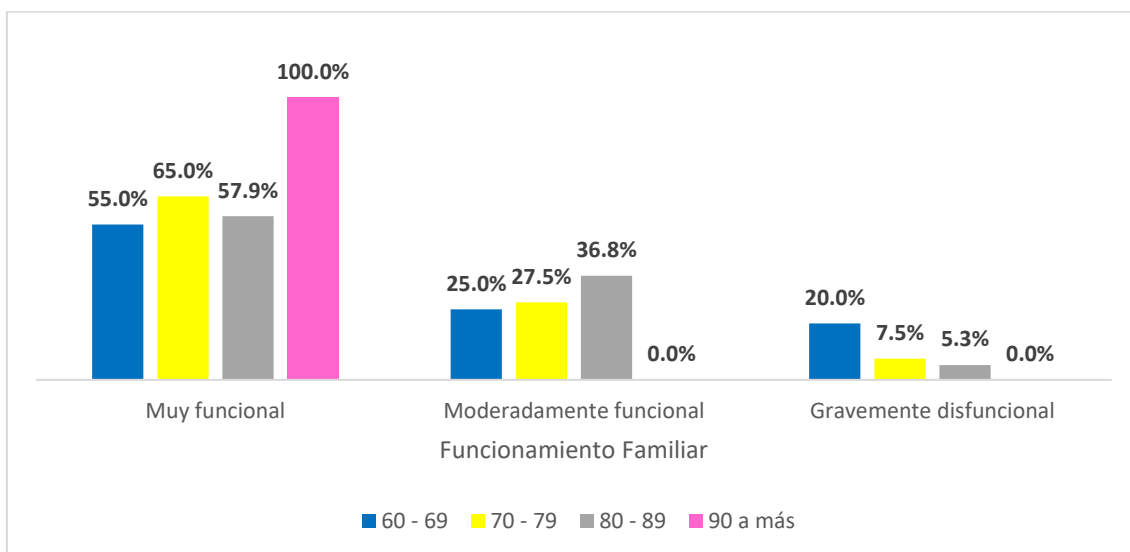
Gráfico 35. Funcionamiento familiar vs. Sexo



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Funcionamiento Familiar vs. Edad**

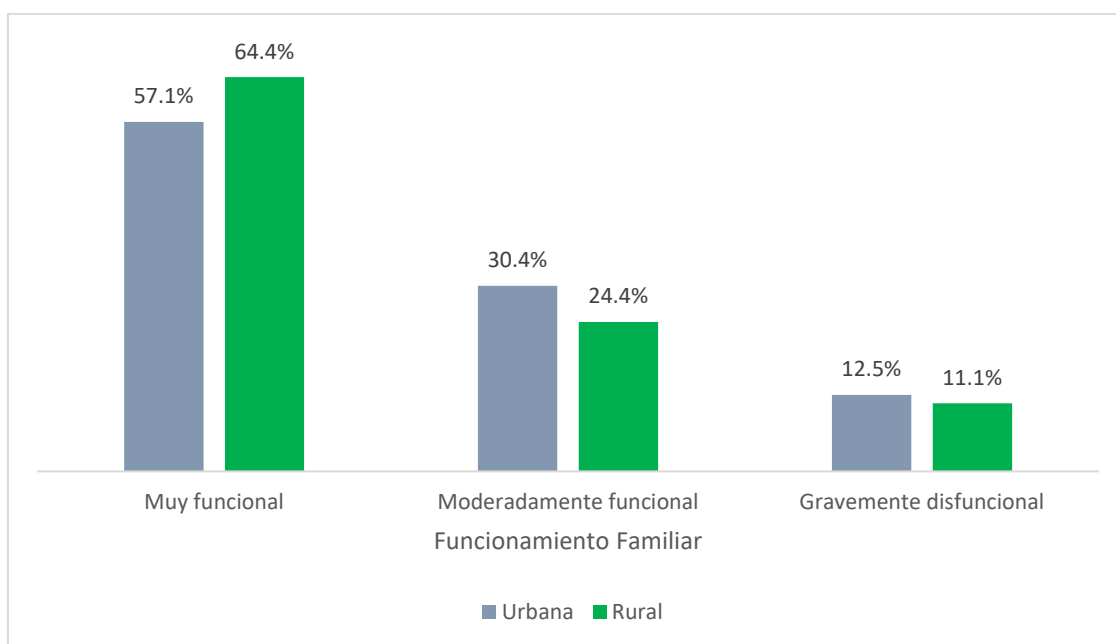
Gráfico 36. Funcionamiento familiar vs. Edad



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Funcionamiento Familiar vs. Residencia**

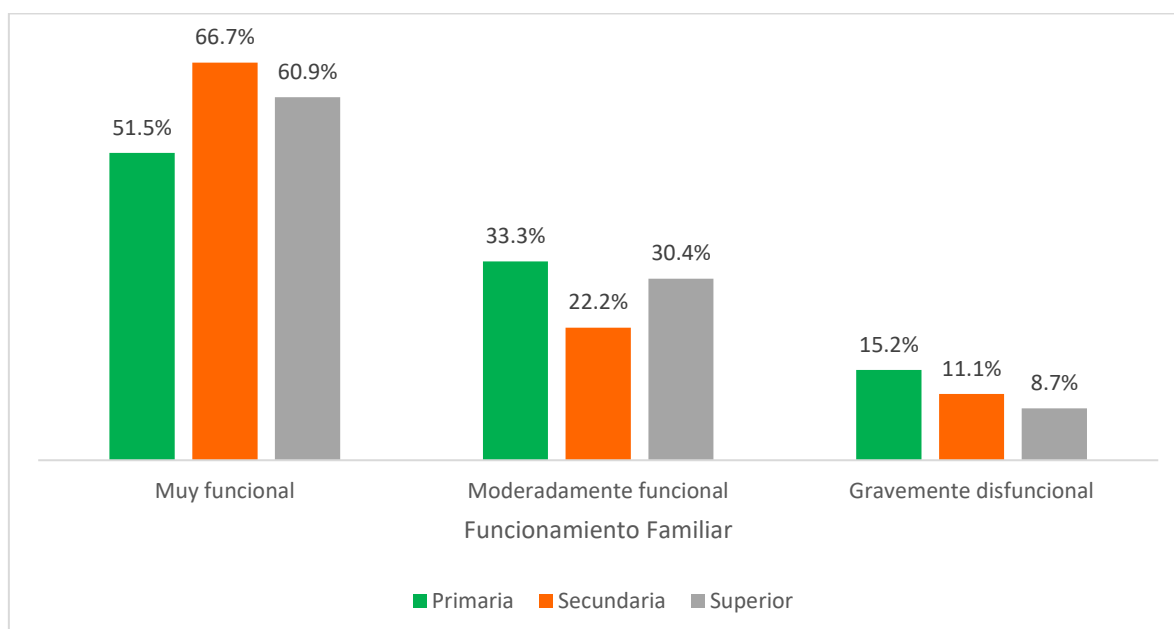
Gráfico 37. Funcionamiento familiar vs. Residencia



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Funcionamiento familiar vs. Grado de Instrucción**

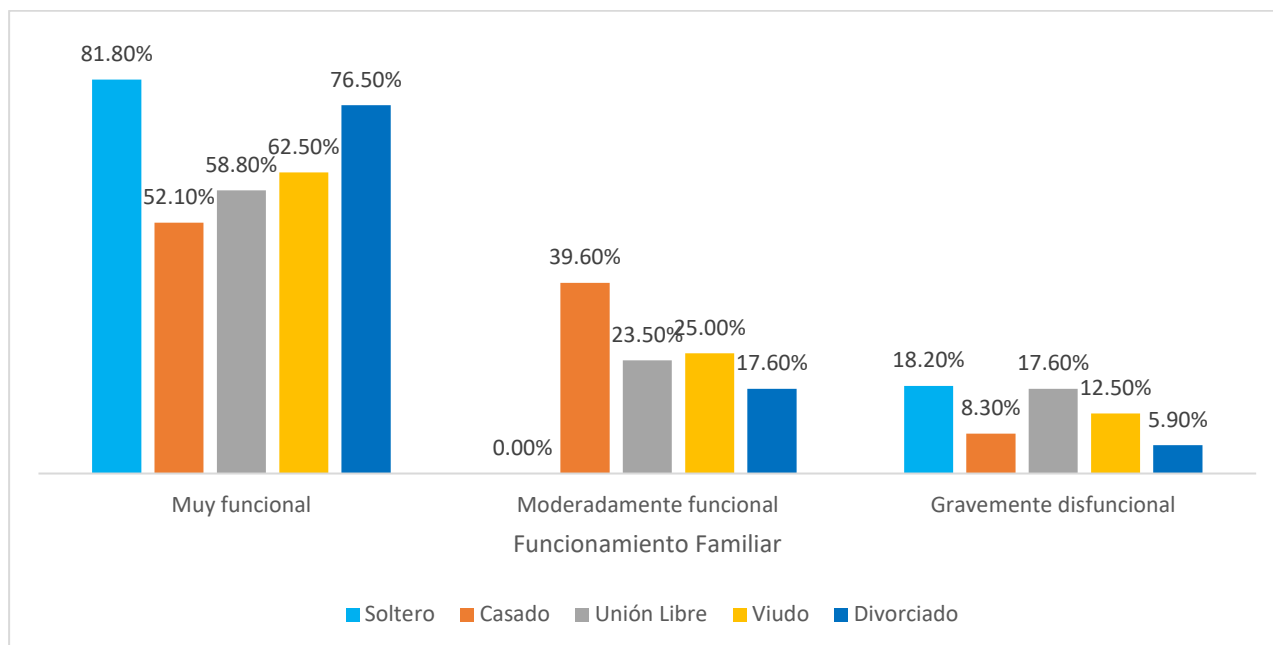
Gráfico 38. Funcionamiento familiar vs. Nivel de instrucción



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Funcionamiento familiar vs. estado civil**

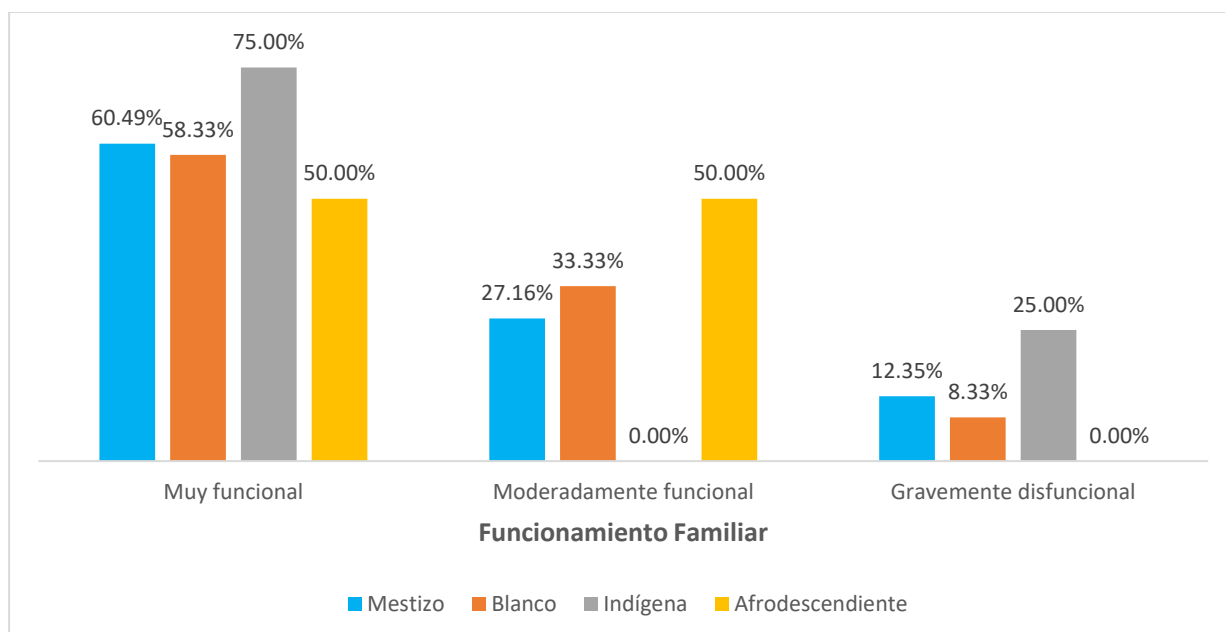
Gráfico 39. Funcionamiento familiar vs. Estado civil



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Funcionamiento familiar vs. Autoidentificación**

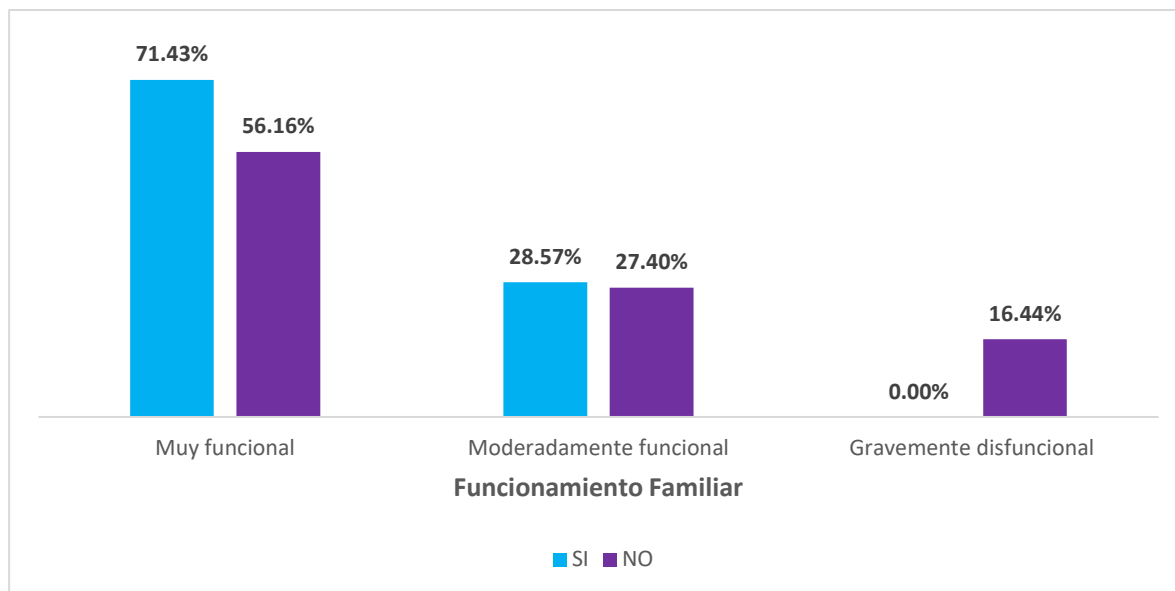
Gráfico 40. Funcionamiento familiar vs. Autoidentificación



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Funcionamiento Familiar vs. Comorbilidades**

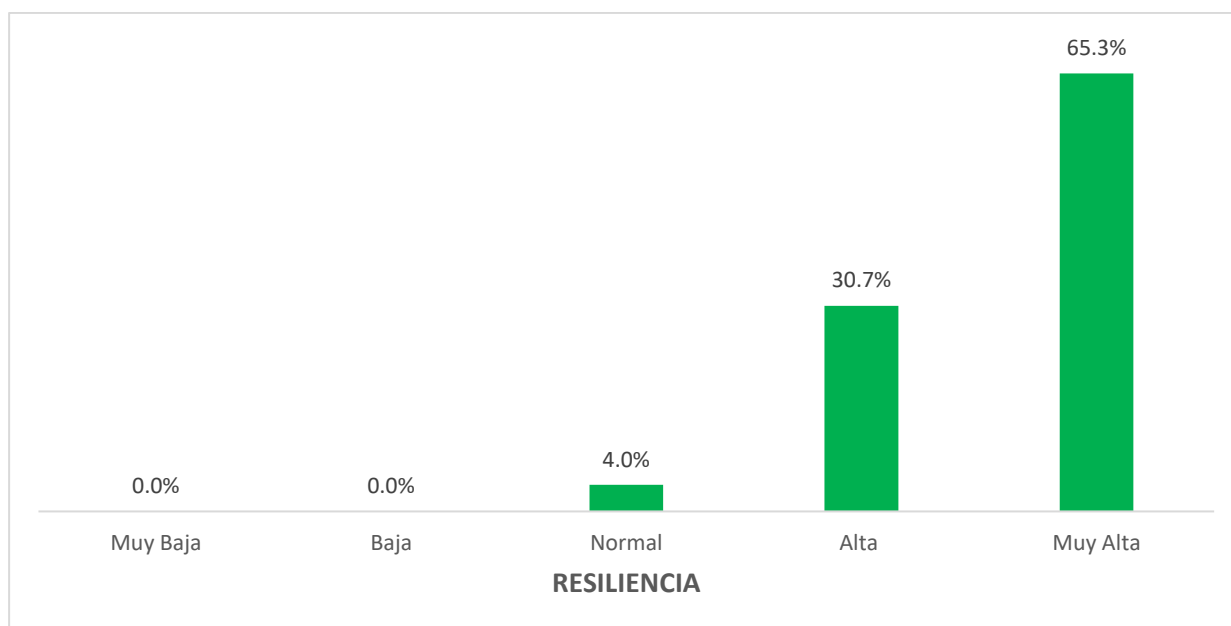
Gráfico 41. Funcionamiento familiar vs. Comorbilidades



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

Resiliencia

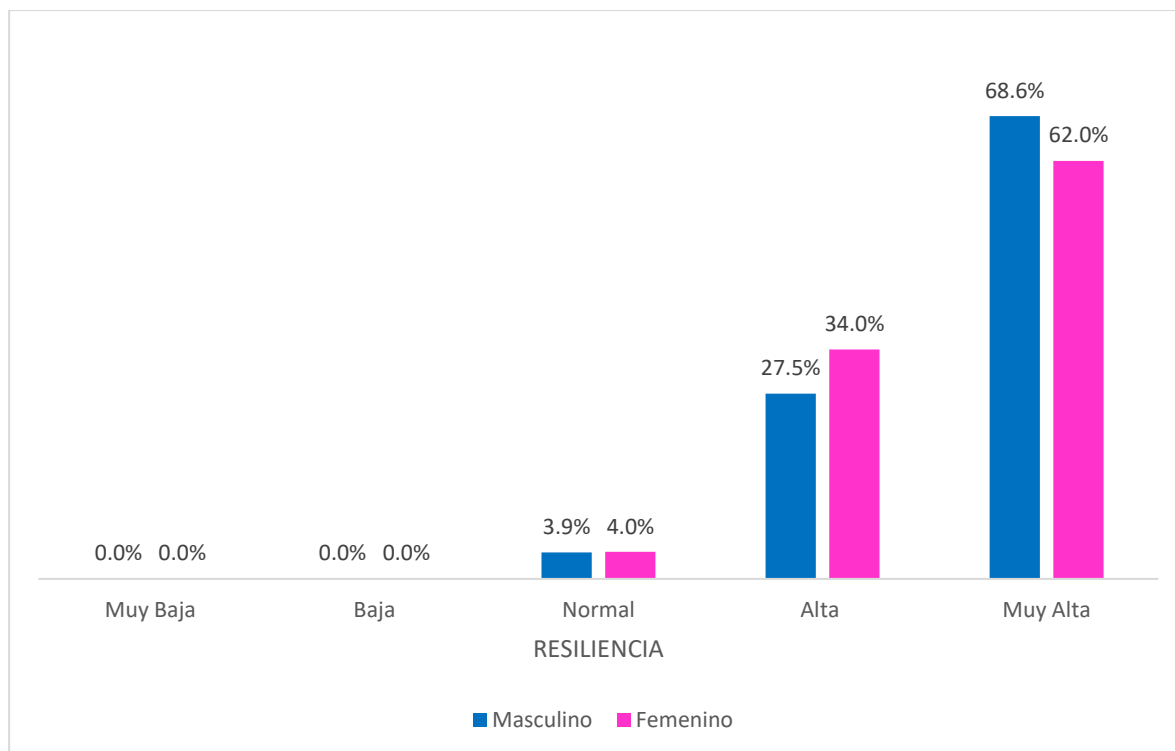
Gráfico 42. Funcionamiento familiar vs. Grado de resiliencia



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

Resiliencia vs. Sexo

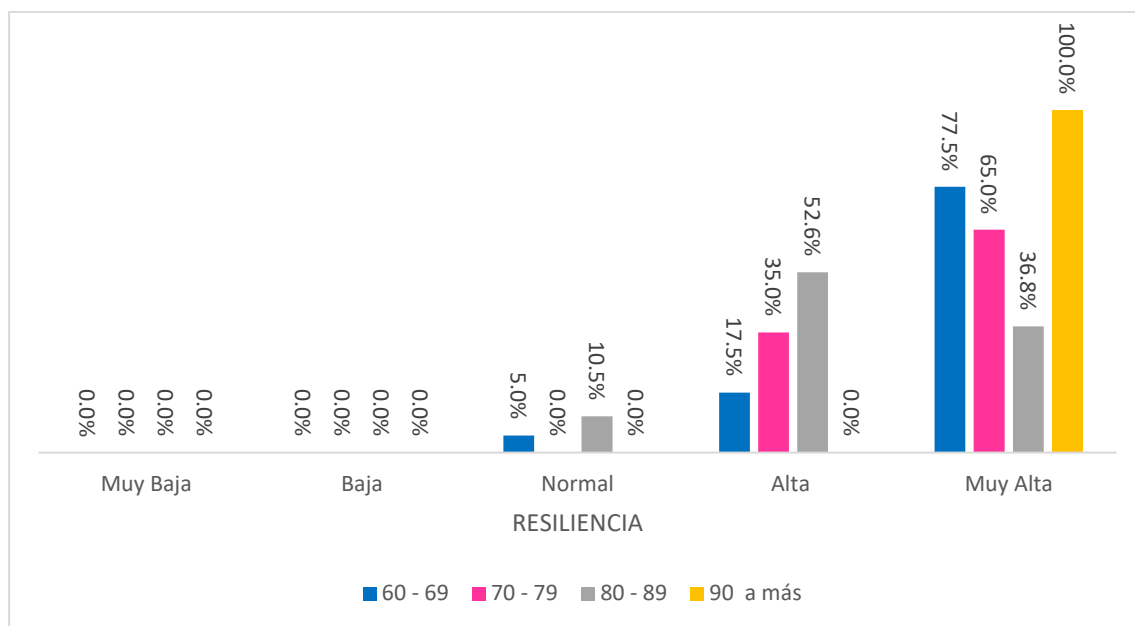
Gráfico 43. Nivel de resiliencia vs. Sexo



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Resiliencia vs. Edad**

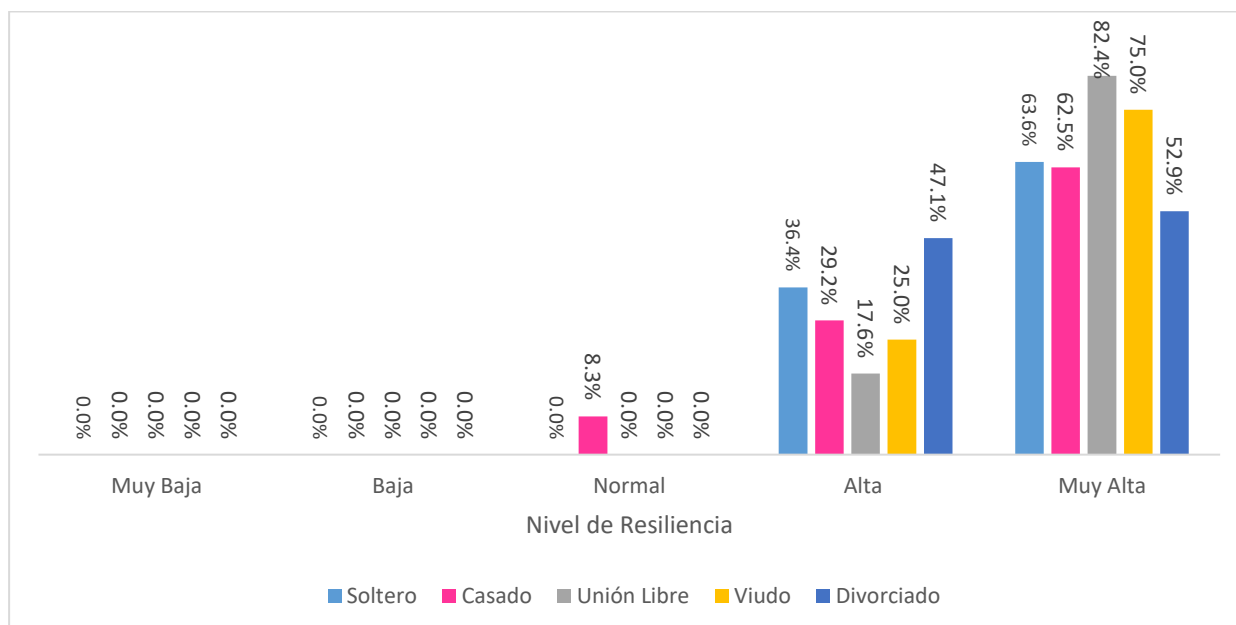
Gráfico 44. Nivel de resiliencia vs. Edad



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

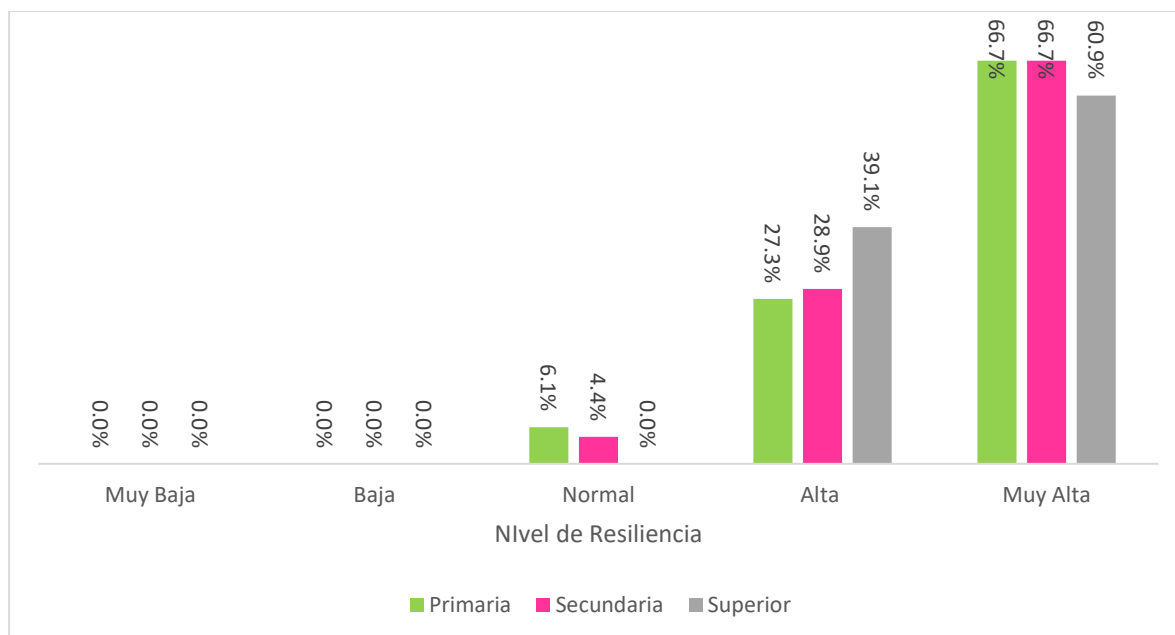
- **Resiliencia vs. Estado Civil**

Gráfico 45. Nivel de resiliencia vs. Estado civil



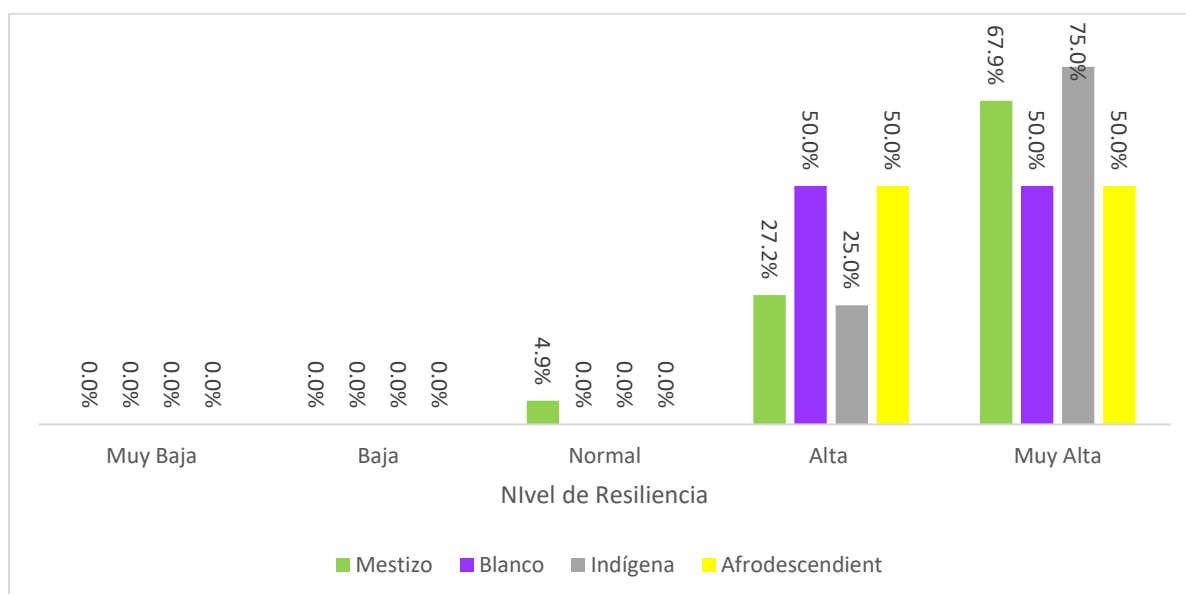
Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Resiliencia vs. Instrucción**

Gráfico 46. Nivel de resiliencia vs. Nivel de instrucción

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

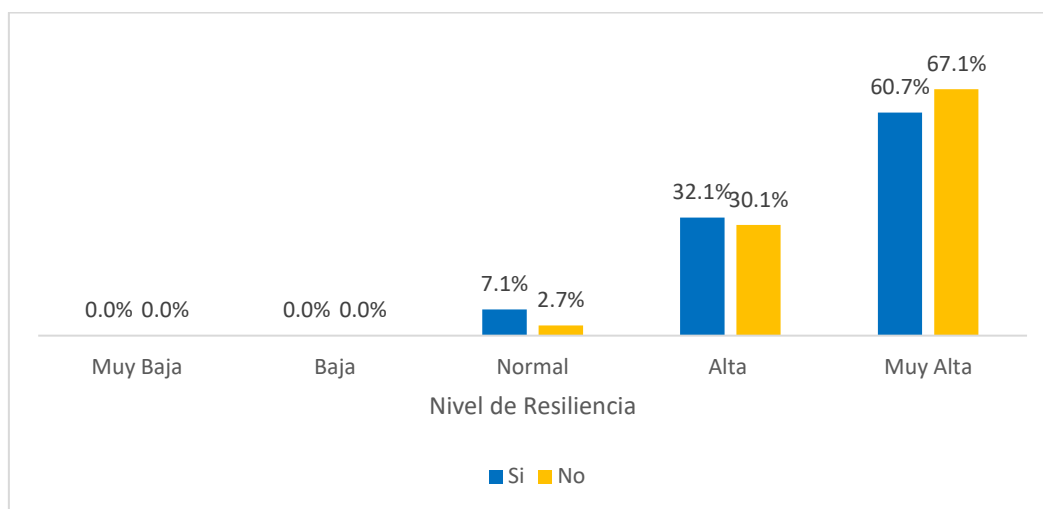
- **Resiliencia vs. Autoidentificación**

Gráfico 47. Nivel de resiliencia vs. Autoidentificación

Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

• **Resiliencia vs. Comorbilidades**

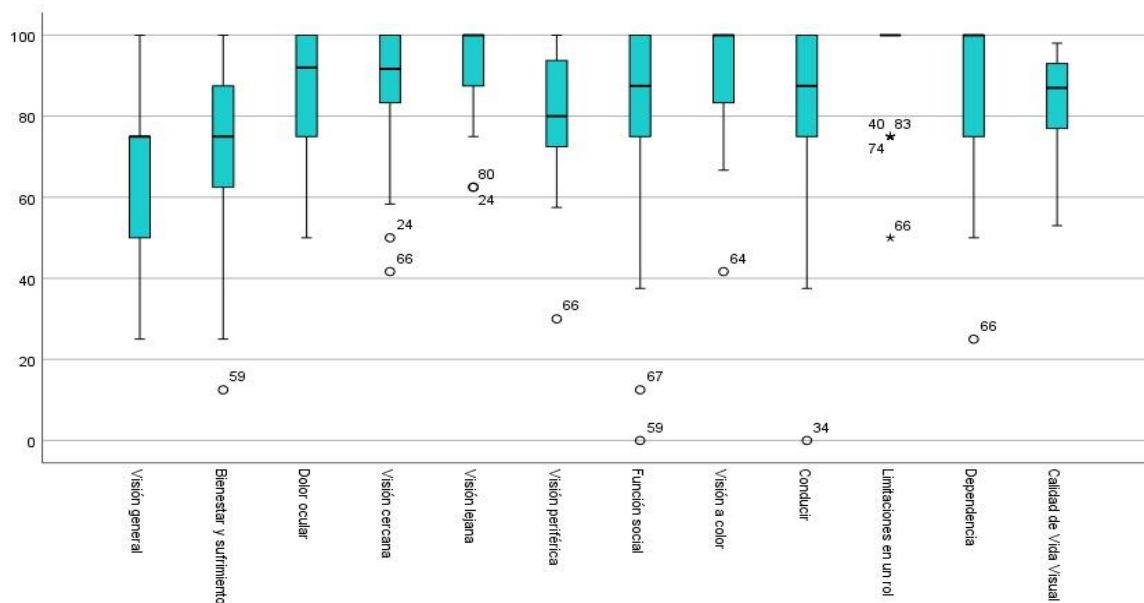
Gráfico 48. Nivel de resiliencia vs. Comorbilidades



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

Calidad de vida

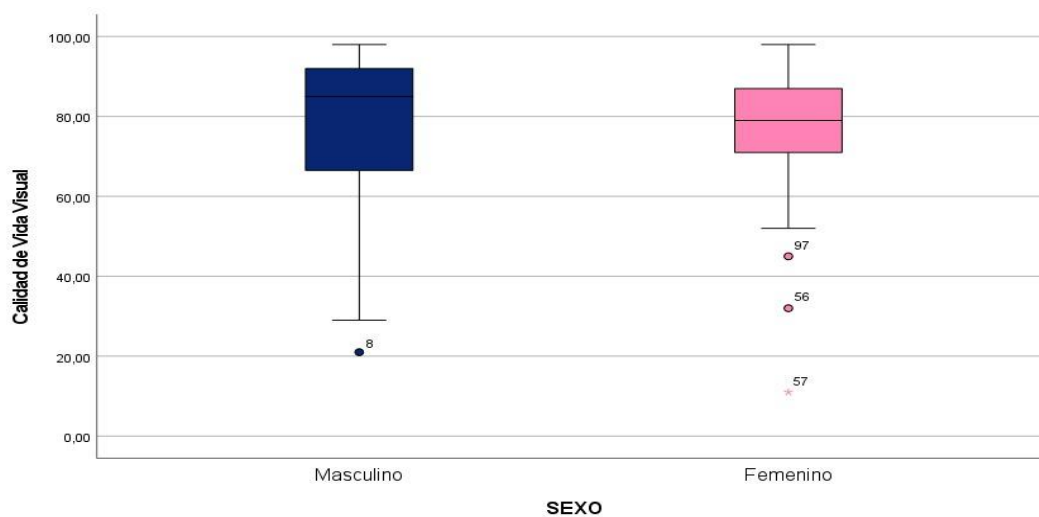
Gráfico 49. Test de Calidad de Vida



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Calidad de vida vs. Sexo**

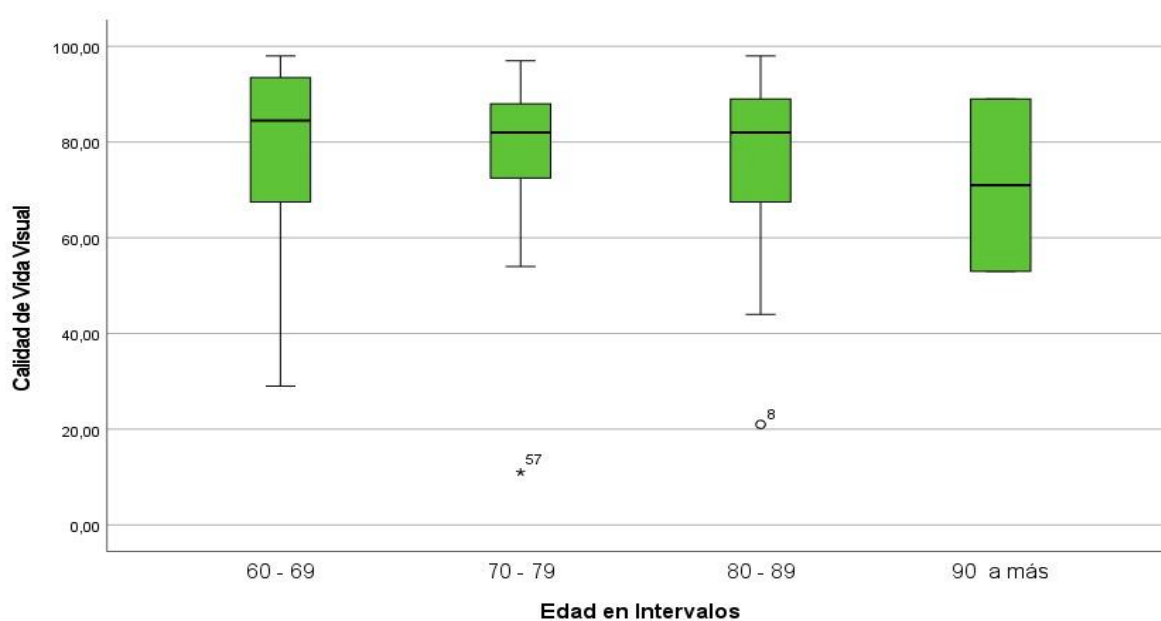
Gráfico 50. Calidad de vida vs. Sexo



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Calidad de vida vs. Edad**

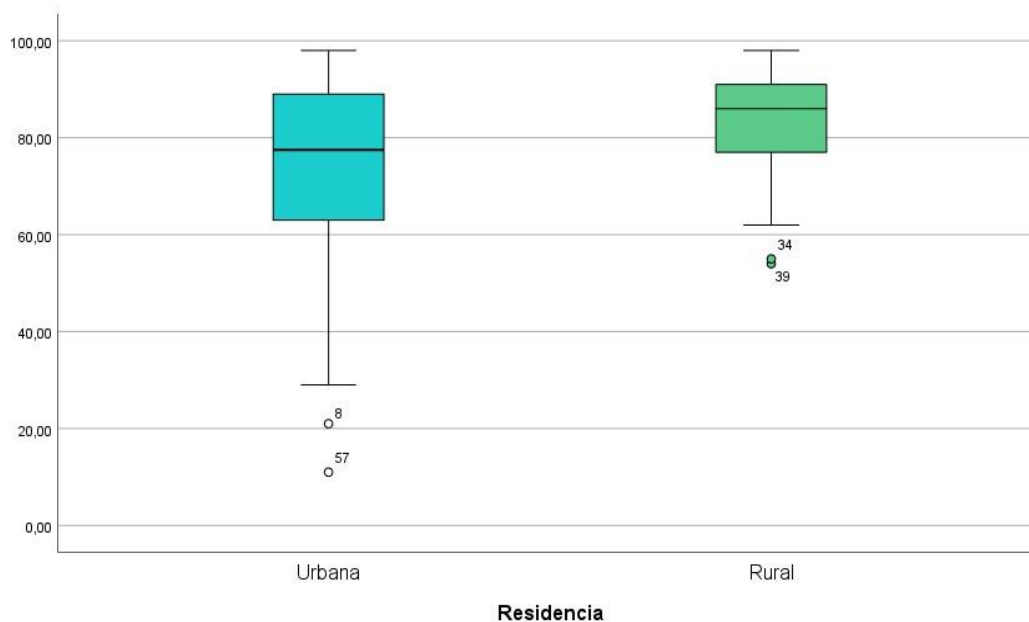
Gráfico 51. Calidad de vida vs. Edad



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Calidad de vida vs. Residencia**

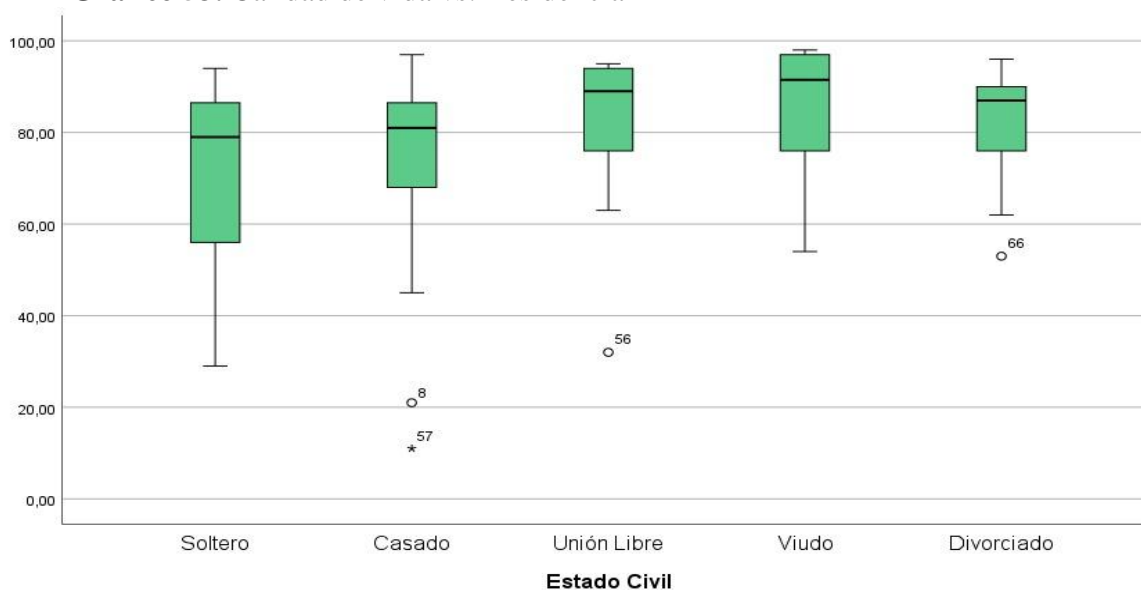
Gráfico 52. Calidad de vida vs. Residencia



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Calidad de vida vs. Estado civil**

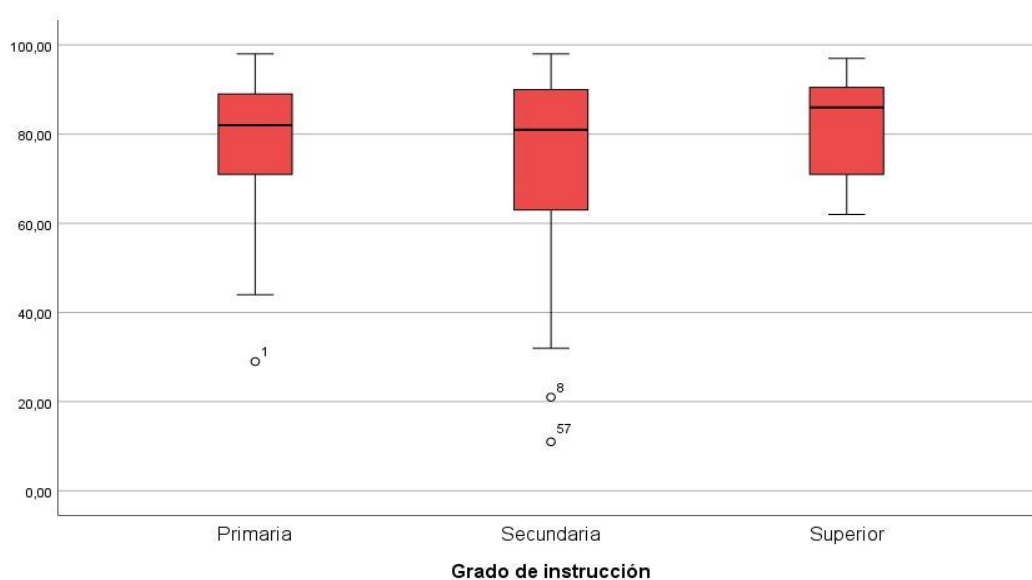
Gráfico 53. Calidad de vida vs. Residencia



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Calidad de vida vs. Grado de instrucción**

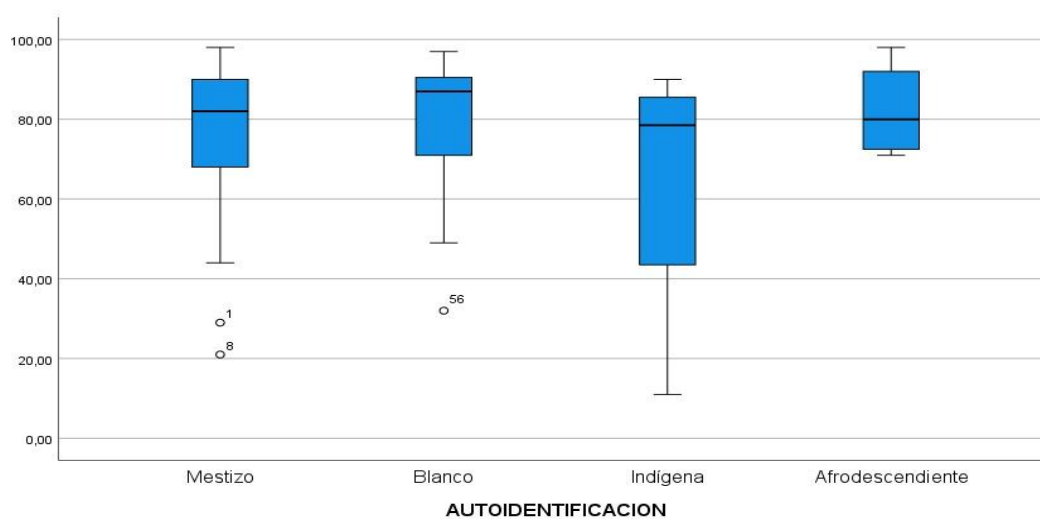
Gráfico 54. Calidad de vida vs. Grado de instrucción



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Calidad de vida vs. Autoidentificación**

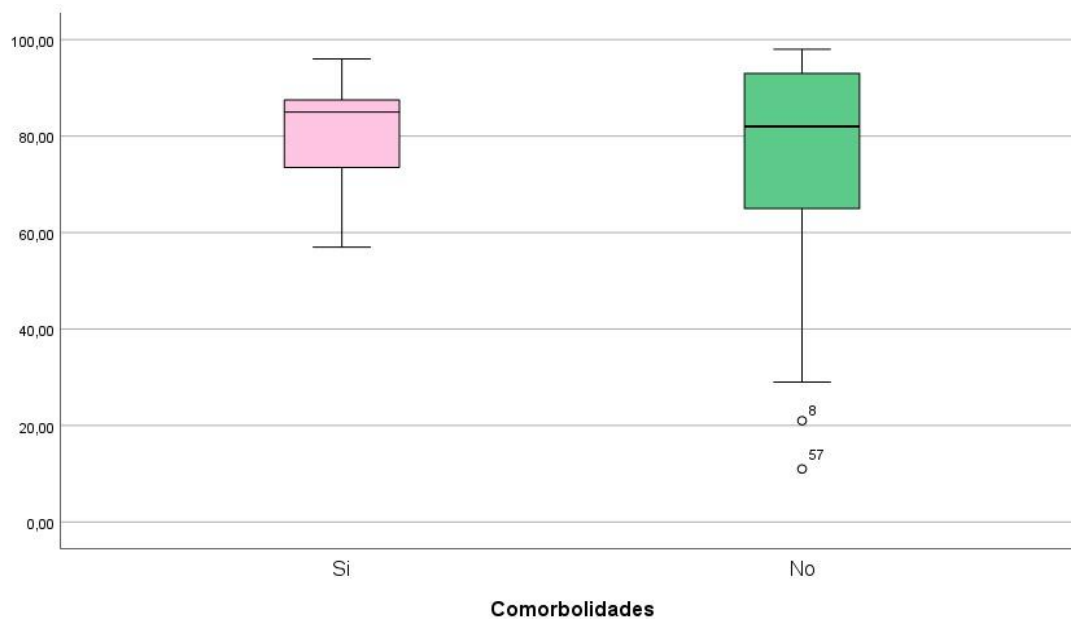
Gráfico 55. Calidad de vida vs. Autoidentificación



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Calidad de vida vs. Comorbilidades**

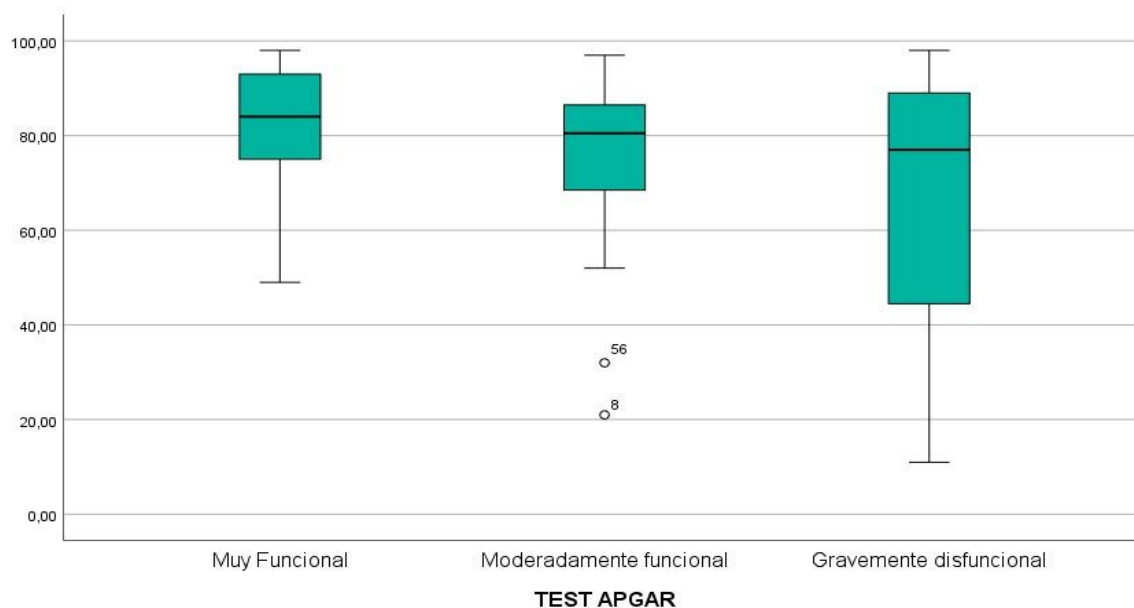
Gráfico 56. Calidad de vida vs. Comorbilidades



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Calidad de vida vs. Apgar Familiar**

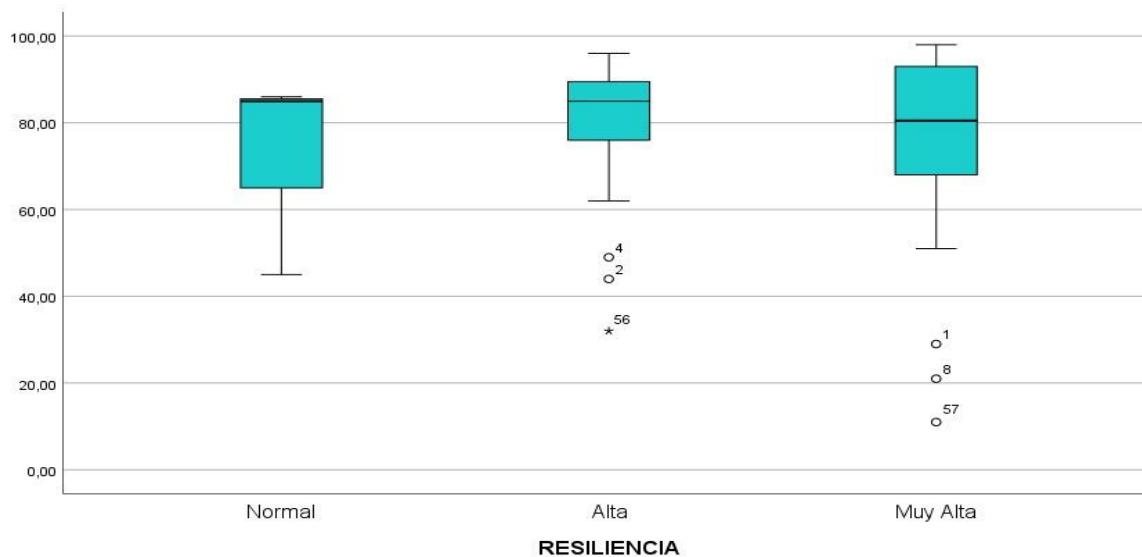
Gráfico 57. Calidad de vida vs. APGAR Familiar



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Calidad de vida vs. Resiliencia**

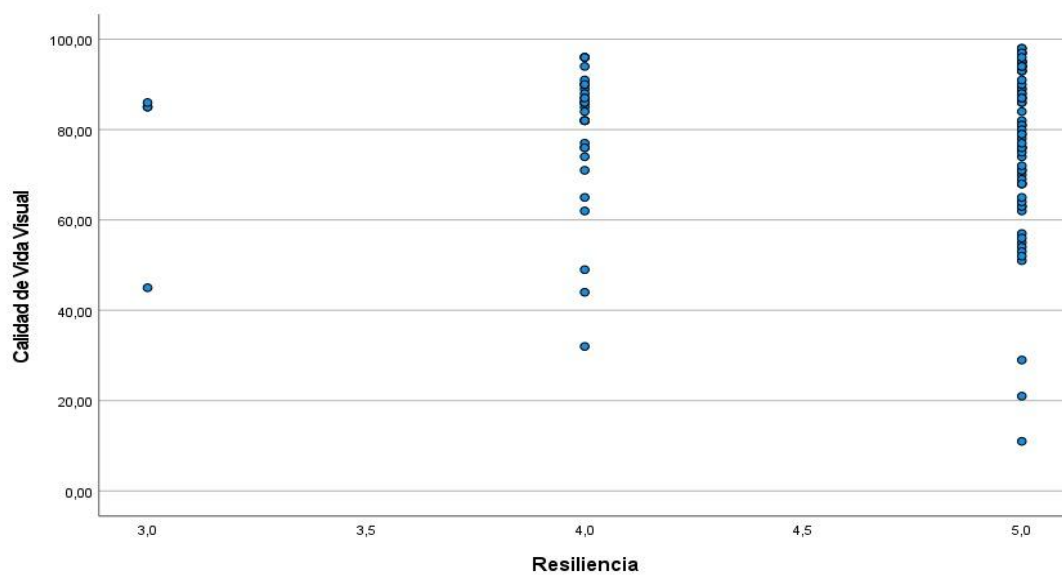
Gráfico 58. Calidad de vida vs. Resiliencia



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.

- **Correlación calidad de vida vs. Resiliencia**

Gráfico 59. Correlación entre calidad de vida y resiliencia



Fuente: Instrumentos aplicados a los adultos mayores en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay, 2020.