



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería

**Calidad de vida en mujeres mayores de 60 años,
Centro de Salud N1, Azogues 2018**

**Proyecto de Investigación previa la
obtención del título de
Licenciado en Enfermería**

Autora:

Paulina Maricela Sailema Manotoa C.I. 1804005161

Directora:

Lcda. Patricia Piedad Naulaguari Medina Mg C.I. 0301511739

Cuenca – Ecuador

Marzo 2019



RESUMEN

Antecedentes: en el Ecuador la población adulta mayor se ha constituido en un grupo vulnerable de crecimiento estadístico significativo, que se encuentra expuesto a problemas importantes en su condición de salud que pueden provocar cambios en su calidad de vida, particularmente para el sexo femenino.

Objetivo: determinar la calidad de vida en mujeres mayores de 60 años que acuden al centro de salud N1 de la ciudad de Azogues.

Metodología: estudio descriptivo y de corte transversal con análisis de la Calidad de Vida de las mujeres mayores de 60 años. El universo estuvo conformado por 2658 mujeres mayores de 60 años; la muestra calculada en Epi Info 3.5., fue de 180 participantes seleccionadas por muestro simple por conveniencia. Se aplicó la escala FUMAT. Para la presentación y el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 24. En la presentación de los resultados, se emplearon tablas y gráficos, con análisis de frecuencias y porcentajes.

Resultados: el 64.4% corresponden al grupo etario 60 a 69 años, con predominio del estado civil casada 53.9%, procedente de la provincia del Cañar (47.8%), residente en el área urbana (69.4%); de etnia mestiza (53.3%); además, presentan un índice de 98 con un percentil 46, encontrándose en un nivel medio bajo de calidad de vida.

Conclusión: la calidad de vida de las mujeres mayores de 60 años del centro de salud N^o 1 de acuerdo a la escala FUMAT se encuentra en un nivel medio bajo.

Palabras clave: Calidad de vida. Mujeres. Fumat.



ABSTRACT

Background: in Ecuador, the older adult population has become a vulnerable group of significant statistical growth, which is exposed to major health problems that can cause changes in their quality of life, particularly for women.

Objective: determine the quality of life in women older than 60 years who attend the N1 health center in the city of Azogues.

Method and Materials: descriptive and cross-sectional study with analysis of the Quality of Life of women over 60 years of age. The universe consisted of 2658 women over 60 years old; The sample calculated in Epi Info 3.5., was 180 participants selected by simple sample for convenience. The FUMAT scale was applied. For the presentation and analysis of data the SPSS 24 program was used. In the presentation of the results, tables and graphs were used, with analysis of frequencies and percentages.

Results: 64.4% correspond to the age group 60 to 69 years, with a predominance of married civil status 53.9%, from the province of Cañar (47.8%), resident in the urban area (69.4%); ethnic group (53.3%); in addition, they present an index of 98 with a 46th percentile, being in a low average level of quality of life.

Conclusion: the quality of life of women older than 60 years of health center No 1 according to the FUMAT scale is at a low average level.

Keywords: Quality of life. Women. Fumat.



ÍNDICE

Contenido

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I.....	10
1.1. Introducción.....	10
1.2. Planteamiento del problema	11
1.3. Justificación.....	13
CAPÍTULO II.....	15
MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. Marco Referencial.....	15
2.2. Marco Conceptual.....	20
2.2.1. Adulto Mayor	20
2.2.1.1.Desigualdades entre mujeres y hombres durante el envejecimiento	22
2.2.2. Calidad de vida.....	22
2.2.2.1.Elementos importantes en la calidad de vida de los adultos mayores	24
2.2.3. Escala FUMAT.....	25
CAPÍTULO III.....	27
3.1. OBJETIVOS	27
3.1.1. General.....	27
3.1.2. Específicos	27
CAPÍTULO IV	28
DISEÑO METODOLÓGICO	28
4.1. Tipo de estudio	28
4.2. Área de estudio	28
4.3. Universo	28
4.4. Muestra	28
4.5. Criterios de inclusión y exclusión	29
4.6. Variables y Operacionalización:.....	29
4.7. Método, Técnicas e instrumentos	30
4.8. Procedimiento.....	30
4.9. Plan de tabulación y análisis.....	31
4.9.1. Métodos y modelos de análisis	31
4.9.2. Programas utilizados	31
4.10. Aspectos éticos	31
CAPÍTULO V	32
RESULTADOS	32
CAPÍTULO VI	37
DISCUSIÓN	37
CAPÍTULO VII	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
7.1 Conclusiones	41
7.2 Recomendaciones	42
CAPÍTULO VIII	43
Referencias bibliográficas.....	43
CAPÍTULO IX	47



ANEXOS	47
Anexo 1	47
Anexo 2	49
Anexo 3	57
Anexo 4	58



**Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional**

Paulina Maricela Sailema Manotoa, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **Calidad de vida en mujeres mayores de 60 años, Centro de Salud N1, Azogues 2018**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de marzo del 2019

Paulina Maricela Sailema Manotoa

C.I. 1804005161



Cláusula de propiedad intelectual

Paulina Maricela Sailema Manotoa, autora del proyecto de investigación **Calidad de vida en mujeres mayores de 60 años, Centro de Salud N1, Azogues 2018**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de marzo del 2019

A handwritten signature in blue ink, reading 'Sailema', positioned above a horizontal dotted line.

Paulina Maricela Sailema Manotoa

C.I. 1804005161



DEDICATORIA

La presente Tesis quiero dedicar en primer lugar a Dios por darme salud, vida.

A mis amados padres porque siempre me han inculcado buenos valores, siendo estos la base para forjar mi vida, por estar junto a mí en todo momento y brindarme su apoyo incondicional para cumplir cada una de mis metas propuestas.

A mi querido hermano que siempre me ha brindado su amor y apoyo incondicional.

A mis abuelos, tíos, tías primos y demás familiares y a todas las personas que me brindaron su apoyo en todo momento.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por permitirme culminar mi carrera de la mejor manera y guiarme por el buen camino.

A mis queridos padres, por ser el pilar fundamental y ser ejemplos dignos de superación personal con esfuerzo y trabajo, por su apoyo incondicional día a día con los mejores consejos y siempre ser parte de mi vida en los buenos y malos momentos durante mi estancia en la universidad.

A mi querido hermano por siempre estar pendiente brindándome su amor y apoyo cada día para culminar con éxito mi carrera.

A mis abuelos, tíos, tías, primos, primas y demás familiares que supieron darme su apoyo y palabras de aliento.

Quiero agradecer de manera especial a mi madrina y su distinguida familia que ha sido participes durante mis estudios universitarios brindándome su apoyo incondicional.

A la Universidad de Cuenca, por abrirme sus puertas de igual manera a mis docentes que han sabido impartir sus conocimientos para mi formación profesional.

A mi directora de Tesis, Lcda. Patricia Naulaguari Mgt, que siempre ha estado impartiendo sus conocimientos para realizar con éxito este trabajo de investigación.

A la bella ciudad de Cuenca por acogerme durante toda mi carrera universitaria que culmino con éxito.

¡Muchas gracias ¡



CAPÍTULO I

1.1. Introducción

El envejecimiento de la población es un proceso heterogéneo que ha llegado a todos los países del mundo con distintos ritmos de avance, según las características de cada población. De acuerdo a las proyecciones de las Naciones Unidas, para mediados del siglo XXI, América Latina y el Caribe tendrán 112 personas de 60 años de edad o más por cada 100 personas de 15 años o menos, produciendo cambios importantes en la estructura de las pirámides poblacionales, particularmente en la proporción de personas mayores de 60 años; como resultado de la disminución de los niveles de mortalidad y la caída de la fecundidad ^{1, 2}.

Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años. En los países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores ³.

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida; en el caso de las mujeres esta es mayor debido a la condición de madre, esposa y cuidadora del hogar que no deja de ejercer aun cuando ya haya concluido su etapa laboral

^{4, 5}.



La calidad de vida de una persona resulta de la interacción de múltiples factores (socioeconómicos, salud mental, física, función social, etc.)⁶. La OMS define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones^{5,7}.

En las personas mayores la calidad de vida está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente. Las políticas de salud diseñadas en la última década para responder a las necesidades de las personas de edad avanzada buscan el mantenimiento de la capacidad del mayor para llevar una vida independiente en la comunidad con un alojamiento y un soporte social adecuados^{6,7}.

Por lo tanto, el presente estudio pretende describir la calidad de vida de mujeres mayores de 60 años que acuden al centro de salud N1 de la ciudad de Azogues, abordando aspectos fundamentales como: bienestar emocional, relaciones inter-personales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos.

1.2. Planteamiento del problema

La vejez es un ciclo vital, en el que aumenta considerablemente la posibilidad de sufrir pérdidas psicológicas y fisiológicas, así como cambios en el aspecto físico, capacidades físicas, status social y familiar, lo cual afecta su estado de ánimo^{4,8}. En el Ecuador la población adulta mayor se ha constituido en un grupo vulnerable de crecimiento estadístico significativo, que se encuentra expuesto a problemas importantes en su



condición de salud que pueden provocar cambios en su calidad de vida, particularmente para el sexo femenino.

La calidad de vida del adulto mayor, según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”^{2, 10, 11}.

Fujisawa en 1994, en su estudio, encontró diferencias en los índices de calidad de vida con respecto al género¹¹, encontrando que la diferencia existente entre hombres y mujeres, con respecto a las probabilidades de supervivencia, se traduce en que muchas de esas mujeres que viven más, envejecen solas porque han perdido a sus esposos o compañeros; éstos, sin embargo, viven menos, pero es más probable que lo hagan en compañía. Además, pudo encontrar que sigue siendo motivo de debate la explicación de la diferencia de longevidad entre varones y mujeres, pues varios factores biológicos, sociales y de conducta juegan un papel importante y determinan relaciones complejas para que se produzca esta diferencia^{2, 12}.

Además, se considera que las condiciones de trabajo y hábitos no saludables de las mujeres se empiezan a parecer a las de los varones en algunas edades de la vida, por lo que habría que esperar un estrechamiento de la diferencia. El nivel educativo se ha relacionado siempre positivamente con longevidad; si con los niveles de educación de este siglo la diferencia entre varones y mujeres supera los seis años, en el futuro las diferencias de instrucción serán menores, con ganancia media de la, por lo que sería de esperar una mejora en el estatus de salud y supervivencia para el sexo femenino¹².



Esto ha influido, para que la política sanitaria que antes se centraba en disminuir la morbi -mortalidad y a elevar la expectativa de vida en las

poblaciones, en los últimos tiempos se haya añadido un interés especial en conocer y mejorar la calidad de vida de la población, pero de manera particular de aquellos que son considerados como grupos vulnerables o de riesgo. A nivel local existe información relacionada con la calidad de vida en la población adulta mayor de manera general, sin embargo, no existen estudios que analicen la calidad de vida de la población femenina mayor de 60 años en nuestro medio que permitan analizar y comprender la situación actual de este grupo poblacional.

Es así que, en este contexto, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida de la población femenina mayor de 60 años atendidas en el centro de salud N1 del cantón Azogues?

1.3. Justificación

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el Ecuador determinó la existencia de 1229089 personas mayores de 60 años (8,08%). El 48% está en la Sierra, mientras que la siguiente mitad se encuentra en la Costa, y el 3,4 por ciento restantes en las regiones Amazónica e Insular. Un aspecto importante de destacar es que la población adulta mayor correspondiente al sexo femenino es mayor que el masculino (53.4% y 46.6% respectivamente), aunque la diferencia porcentual es mínima resulta importante ¹.

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en la población y tiene repercusiones significativas en la calidad de vida, misma que en la actualidad se ha convertido en el principal objetivo de la Política de Nacional de Salud que enfatiza la necesidad de brindar atención a grupos vulnerables o de riesgo, que en nuestro trabajo de investigación corresponde a las mujeres mayores de 60 años atendidas en el centro de salud N° 1 del cantón Azogues



El conocimiento de la calidad de vida es fundamental pues, permitirá diseñar estrategias tendientes a mantener o mejorar la situación actual de este grupo poblacional; porque a pesar del “Peso demográfico” de las mujeres no hay demasiados datos y estudios relacionados con el envejecimiento femenino.

La carencia de investigaciones centradas en la calidad de vida en nuestro medio justificó la realización del presente estudio, el mismo que servirá de línea de base para generar proyectos que beneficien a esta población de riesgo; además, responde a las prioridades de investigación en salud planteadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el periodo 2013 – 2017 en el área 19: sistema nacional de salud; línea atención primaria de salud; sub-líneas: promoción, prevención y Atención basada en la comunidad.

Los beneficiarios directos del estudio fueron: las mujeres mayores de 60 años, en quienes se analizó su situación actual; el personal de salud, porque conocerán la situación actual de salud de las mujeres mayores de 60 años como base para la planificación del trabajo extramural; y, por último, las instituciones prestadoras de cuidado, para que en base al presente estudio puedan plantear políticas adecuadas para esta población vulnerable y sus familias.

Los resultados se difundirán por los medios pertinentes a los estudiantes de la Carrera de Enfermería; también se realizará los trámites para viabilizar la publicación en una revista médica indexada, como la revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, que apoye la difusión de la información generada con la investigación.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Referencial

La presencia de las mujeres mayores en la sociedad ecuatoriana refleja la evolución de las pautas de mortalidad a lo largo de este siglo. Aunque si bien las mujeres viven más años, también presentan un porcentaje mayor de padecer alguna enfermedad crónica con respecto a los varones ². Las mujeres presentan como rasgo característico que padecen más enfermedades por persona que los varones (4.05 en las mujeres y 3.57 en los hombres).

En este nuevo siglo, resulta trascendental el análisis de la calidad de vida de la población como indicador del cumplimiento de objetivos planteados dentro de cada grupo poblacional en diferentes áreas o ámbitos de la vida diaria. En relación a la calidad de vida de la población adulta mayor de 60 años existen trabajos que nos permiten identificar algunos aspectos importantes que servirán de base para la realización del presente trabajo de investigación, mismos que se detallan a continuación:

Azpiazu y col (2002) en su estudio sobre la Calidad de en mayores de 65 años

no institucionalizados, encontraron como edad media del grupo de estudio 74.7 años (IC del 95%, 74.3 – 75.1%); mujeres 59.7% (IC del 95%, 56.4 – 62.9%); sin estudios 41% (IC del 95%, 37.7 – 44.2%); clases sociales I y II 38.3% (IC del 95%, 35.1 – 41.6%). Percibían su estado de salud como bueno o muy bueno 52.1% (IC del 95%, 48.8 – 55.4%), 57.5% (IC del 95%, 52.2 – 62.6%). Concluyendo que las mujeres muestran una



percepción peor de su estado de salud y su calidad de vida que los varones ⁶.

En el 2004 Mora y otros en su estudio sobre las Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, los resultados mostraron relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; autonomía y estado mental; autonomía y frecuencia de la actividad; autonomía y duración. Asimismo, en lo que respecta al género; la depresión geriátrica fue superior en las mujeres. La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y los beneficios principales de ésta para ambos géneros fueron, el sentirse más reanimados, más alegres, con energía, y el alivio de dolores ¹¹.

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



Según Pérez (2004), la autopercepción de la salud es distinta según el sexo; las mujeres, en general se declaran con peor salud que los hombres, al mismo tiempo son quienes padecen las enfermedades crónicas con mayor intensidad. En cambio, los varones mueren por accidentes en mayor proporción (70.9%) que las mujeres (29.1%), siendo esta diferencia más acusada si se trata de accidentes de tráfico (76.9% y 23.1%, respectivamente)

14.

Además, en su estudio previo realizado sobre el envejecimiento femenino, exponía que las mujeres mayores no constituyen un grupo homogéneo, sino que existen una serie de variables (la edad, el estado civil, el nivel de estudios, etc.) que influyen en las distintas experiencias en el envejecimiento femenino; es decir las mujeres viven más, pero lo hacen solas pues sus parejas se han “ido”^{2, 14}.



Inga y Vara (2006) en su estudio entrevistaron a 122 ancianos residentes en la ciudad de Lima para determinar los principales factores asociados a su satisfacción con la vida. Para ello construyeron 7 escalas (resentimiento, satisfacción de vida, maltrato al anciano, dependencia por incapacidad, apoyo social, identidad amical prosocial, identidad amical antisocial) ¹⁵. También encontraron que los ancianos encuestados tienen una alta satisfacción vital; sin embargo, señalaron mayor nivel de insatisfacción en aspectos tales como debilidad corporal, sentimientos de ser abandonados por sus familiares, así como soledad o desesperanza ⁸.

Durante el 2007 Lázaro y col, presentan su trabajo realizado en la población adulta mayor de Zaragoza, en donde el 9.6% de los sujetos presentaba “dependencia grave/absoluta”, porcentaje que aumentaba a 15.5% y a 18.7% para las personas mayores de 75 y 80 años respectivamente. La “dependencia leve/moderada” está relacionada con ser mujer ($p < 0.01$), salud auto – percibida mala – regular ($p < 0.0001$), ser viudo/a ($p < 0.01$), y sin estudios primarios ($p < 0.01$) ¹⁶.

En el estudio realizado por Casado, et al (2009), se describe que sigue siendo motivo de debate la explicación de la diferencia de longevidad entre varones y mujeres, pues varios factores biológicos, sociales y de conducta juegan un papel importante y determinan relaciones complejas. Las condiciones de trabajo y hábitos no saludables de las mujeres se empiezan a parecer a las de los varones en algunas edades de la vida, por lo que habría que esperar un estrechamiento de la diferencia ^{2, 14}.

De las actividades que desarrollan las mujeres mayores, destacan dos de entre todas: las tareas domésticas y el cuidado de los nietos, ya que la red familiar, sigue siendo importante. En cuanto a las tareas domésticas, investigaciones realizadas, parecen demostrar que los roles tradicionales de género se mantienen en la vejez y que empiezan a desdibujarse en la edad avanzada. La pérdida de protagonismo por parte de la mujer en la realización



de las tareas domésticas se produce fundamentalmente como consecuencia de alguna limitación en su estado de salud ².

En la Segunda Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC – Caja Los Andes (2010) aplicada en la población mayor de Chile, con el objetivo de contar con datos objetivos para la elaboración de herramientas específicas para prevenir y estimular una mejor calidad de vida en esta etapa.

Como principales resultados encontraron que en la Primera Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC – Caja Los Andes (2007), el 56% de los encuestados dijeron sentirse satisfechos con su vida; en tanto en su segunda versión 2010, este porcentaje subió al 60%. La situación económica y los sistemas de ayuda social son variables relevantes de considerar. La Encuesta 2010 refleja que a los adultos mayores les alcanza mejor el dinero para satisfacer sus necesidades que en relación a otros años, lo que incrementa su sensación de bienestar ²¹.

Las necesidades de alimentación y de recreación también mejoraron en comparación a tres años atrás. En tanto, permanece alta la satisfacción de necesidades de vivienda y aquellas referidas a los afectos y al cariño. Las necesidades afectivas son una fuente de satisfacción muy relevante para las personas mayores, quienes necesitan reforzar sus lazos familiares y acrecentar su red de apoyo social para enfrentar mejor las vicisitudes de la vida cotidiana.

Calero et al (2016) en su investigación realizada en la ciudad de Quito – Ecuador sobre la Influencia de las actividades físico – recreativas en la autoestima del adulto mayor hallaron como resultados del post test un incremento de la autoestima en 5.85 puntos porcentuales, lo que equivale al 14.7 por ciento de mejora en la autoestima general, luego de actividades físico – recreativas diseñadas para el mantenimiento de la salud física y mental

como medio de obtención de una mejor calidad de vida en el adulto mayor, incrementando la autoestima ⁴.

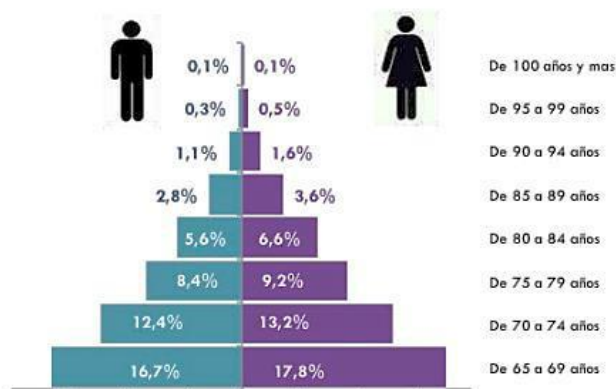
2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Adulto Mayor

El envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad. Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados ¹³.

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres (Gráfico 1) ^{13, 16}.

GRÁFICO 1. DIFERENTES GRUPOS DE EDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.



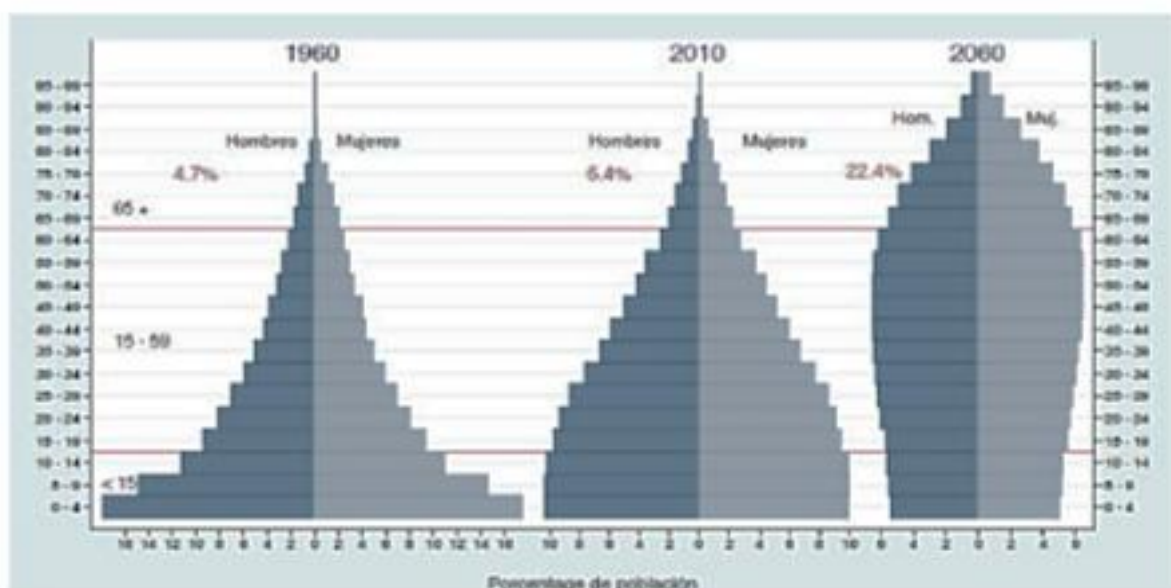
Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010.

En la segunda mitad del siglo pasado, la población ecuatoriana mejoró su esperanza de vida, pues pasó de 48.3 años en 1950 – 55 a 75.6 años en 2010

– 15 (CEPAL, 2012). Esto permitió que muchos ecuatorianos aumentaran su calidad de vida y alcanzaran edades mayores. En América Latina y el Caribe la expectativa de vida a los 60 años es más elevada en las mujeres que en los hombres, aunque con notables diferencias entre los países. A las dificultades socio – económicas de las personas mayores se suman, en muchos casos, las inequidades de género y étnicas, que repercuten en el ejercicio de los derechos (de primera y segunda generación) ^{13, 16}.

De acuerdo con los últimos estudios demográficos a escala nacional y que presenta el MIES, en las próximas décadas la pirámide poblacional perderá su forma triangular (con jóvenes en la base) para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de sociedades envejecidas. (Gráfico 2)

GRÁFICO 2. EVOLUCIÓN DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL ECUADOR



Fuente: CEPAL. Proyecciones de población.
Elaboración: INIGER MIES 2011



2.2.1.1. Desigualdades entre mujeres y hombres durante el envejecimiento

Gran parte de las desigualdades entre mujeres y hombres adultos mayores son resultado de las desigualdades de género en otras etapas de su vida, que suelen situar a las mujeres en condiciones de desventaja en términos de bienestar social, económico y psicológico ^{18, 19}.

Por ejemplo, menores niveles de educación asociados a estereotipos que privilegiaban la asistencia escolar de los niños sobre las niñas, y que en la edad adulta significaron menores oportunidades de incorporarse como fuerza laboral calificada. Relacionado con lo anterior, un mayor riesgo de sufrir pobreza en la vejez a causa de las menores oportunidades de incorporarse a trabajos remunerados y de acumular ahorros debido a la carga del trabajo doméstico no remunerado que obstaculizó su inserción en el mercado laboral; así como un menor acceso a la propiedad de recursos productivos y vivienda

¹⁹.

Adicionalmente, la carga reproductiva asociada a una fecundidad alta puede repercutir en la salud de las mujeres debido al desgaste ocasionado, que se suma a los cambios biológicos en la etapa post reproductiva que incrementan el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial

¹⁹.

2.2.2. Calidad de vida

Desde la mitad de los años setenta, el término “calidad de vida” se empieza a relacionar con los cuidados sanitarios, ya que el objetivo es aportar una mejora en la calidad de los años vividos, y no únicamente el proporcionar muchos años a las personas ².

No existe una definición única de calidad de vida, pero se puede seguir su desarrollo a través de las dos últimas décadas. Inicialmente este concepto



solo consideraba las condiciones de vida de una persona y luego se agregó la satisfacción experimentada con dichas condiciones. Hoy en día su significado y conceptualización se discute y se amplía, sin embargo, existen una serie de características ampliamente aceptadas entre los estudiosos del tema ²¹.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, algunos lo consideran un macro concepto, ya que integra diferentes vertientes desde la satisfacción, el bienestar subjetivo, la felicidad, el estado de salud (Físico, Psíquico y Social) En general, todas las definiciones relacionadas con calidad de vida tienen dos elementos comunes: el enfoque multidimensional y la valoración que el individuo hace de su propia vida ².

En los últimos años, las publicaciones aparecidas en la prensa médica que tratan aspectos relacionados con la calidad de vida se han multiplicado. Si consultamos la bibliografía reciente relativa a la Calidad de Vida Asociada a la salud podremos observar que tres ideas destacan sobre las demás ²:

- En primer lugar, la importancia del estado funcional del paciente (tanto físico, como social o mental) en el contexto de un concepto como el de calidad de vida, que se considera multidimensional ².
- En segundo lugar, el hecho de que la medición del estado de salud se considere un fenómeno innegablemente subjetivo ².
- Finalmente, la necesidad de obtener un valor numérico que represente la preferencia del enfermo por un determinado estado de salud ².

La evaluación de la calidad de vida es un aspecto sumamente importante, pero difícil de cuantificación objetiva. Tanto para detectar necesidades de atención socio sanitario como para valorar en qué medida las actividades sanitarias son eficaces, se precisan instrumentos que permitan medir de forma válida y fiable la capacidad de funcionamiento independiente de los mayores o, más genéricamente, la calidad de vida de éstos ².



2.2.2.1. Elementos importantes en la calidad de vida de los adultos mayores

El concepto de calidad de vida en el adulto mayor, contiene elementos importantes que se describen a continuación:

- **Especificidad.** – La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros ²¹.

La especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto grupal como individualmente) porque, desde el punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo ²¹.

- **Multidimensional.** – La calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio-ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente ²¹.

Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida. Toda persona

mayor, incluso en los casos más extremos, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar, así como a mejorar su calidad de vida

²¹.



Los avances en la aproximación a este tema se visualizan en el cambio de enfoque que ha ocurrido en los últimos años, hoy se entiende al adulto mayor como “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores” (Fernández, 2009, p.21) ²¹.

- **Aspectos objetivos.** – La calidad de vida considera indicadores objetivos para poder medirse en la realidad. Se trata de aspectos observables que contribuyen al bienestar; como, por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros ²¹.
- **Aspectos subjetivos.** – El concepto calidad de vida implica aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros ²¹.

La evolución de este concepto muestra la combinación de componentes subjetivos y objetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida “objetivas” de una persona, junto a la satisfacción que ésta experimenta frente a estos múltiples factores ²¹.

2.2.3. Escala FUMAT

Se utiliza para evaluar de forma objetiva la calidad de vida mediante la evaluación objetiva de las siguientes dimensiones: bienestar emocional,



bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos^{22, 23}.

El objetivo de esta escala es identificar el perfil de calidad de vida de una persona, para poder realizar planes individuables de apoyo y una supervisión más fiable de los progresos y resultados de los planes (Verdugo, Gómez, y Arias, 2009). Está destinada a personas mayores con más de 50 años y personas con discapacidad a partir de los 18 años, ambas usuarios/as de Servicios Sociales (Verdugo, Gómez, y Arias, 2009)^{22, 23}.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, de 57 preguntas de respuesta tipo Likert (desde el 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 acuerdo hasta el 4 totalmente de acuerdo), distribuidas en 8 subescalas que corresponde a cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente, en el cual el usuario responde a cuestiones sobre la calidad de vida (Verdugo, Gómez, y Arias, 2009)^{22, 23}.



CAPÍTULO III

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. General

- Determinar la calidad de vida en mujeres mayores de 60 años que acuden al centro de salud N1 de la ciudad de Azogues.

3.1.2. Específicos

1. Describir demográficamente a la población femenina por edad, estado civil, procedencia, residencia, etnia, escolaridad y ocupación.
2. Evaluar la Calidad de Vida en cada uno de las dimensiones dada por la escala FUMAT: bienestar emocional, relaciones inter-personales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos.
3. Analizar la relación entre la Calidad de Vida con la edad, estado civil y escolaridad.



CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo y de corte transversal con análisis de la Calidad de Vida de las mujeres mayores de 60 años.

4.2. Área de estudio

Centro de Salud N° 1, ubicado en la ciudad de Azogues, provincia del Cañar, en la Avenida 24 de mayo y Samuel Abad esquina.

4.3. Universo

La población de estudio estuvo constituida por 2658 mujeres mayores de 60 años del cantón Azogues que acuden al centro de salud N° 1.

4.4. Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa Epi Info 3.5, con los siguientes parámetros: frecuencia esperada del 14.7% de cambios en la calidad de vida del adulto mayor (Calero S. et al 2016), nivel de confianza del 95%, potencia del 80%, precisión del 5% (Anexo 1) obteniendo una muestra de 180 mujeres mayores de 60 años. Se esperó una proporción de pérdidas del 10%, generando un total de 198 participantes. En relación



al método para la selección de las participantes se utilizó el muestreo simple por conveniencia.

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

- **Inclusión:** mujeres que cumplieron a la fecha de la recolección de la información más de 60 años verificado con fecha de nacimiento y corroborado con cedula de identidad. Además, que aceptaron y firmaron el consentimiento informado al momento de la investigación.
- **Exclusión:** mujeres mayores de 60 años con diagnóstico de enfermedad catastrófica.

4.6. Variables y Operacionalización:

Las variables consideradas y operacionalizadas en la investigación fueron las siguientes (anexo 1):

- Demográficas: edad, estado civil, procedencia, residencia, etnia, nivel de instrucción, ocupación.
- Calidad de vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos.



4.7. Método, Técnicas e instrumentos

- a. **Método:** el método que se empleó fue cuantitativo, descriptivo con registro de la información por parte de la autora del proyecto.
- b. **Técnica:** la técnica empleada fue la entrevista para la recolección de la información necesaria.
- c. **Instrumentos:** formulario elaborado por la autora de la investigación que contiene los siguientes aspectos (anexo 2):
 - Datos demográficos.
 - La Escala FUMAT es aplicable a personas mayores (más de 50 años) y personas con discapacidad (con una edad mínima de 18 años). Se trata de un cuestionario auto-administrado, en el que un informador responde a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario (8 dimensiones). El tiempo de cumplimentación fue de aproximadamente 10 minutos.

4.8. Procedimiento

- **Autorización y aspectos éticos:** se solicitó la autorización a la directora del centro de salud N^o 1, para la recolección de los datos necesarios; previa explicación de las implicaciones éticas y la ausencia de riesgo para la población. Además, se informó que la finalidad de la presente investigación fue exclusivamente investigativa.
- **Capacitación:** antes y durante la realización de este trabajo investigativo, la investigadora recibió capacitación permanente, a través de revisión bibliográfica y la dirección y asesoría de la Lcda. Patricia Naulaguari Medina.
- **Supervisión:** la supervisión del proyecto de investigación estuvo a cargo de la Lcda. Patricia Naulaguari Medina



4.9. Plan de tabulación y análisis

4.9.1. Métodos y modelos de análisis

Para la presentación de los resultados, se utilizaron tablas y gráficos de barra y sectores, empleando la estadística descriptiva con análisis de frecuencias y porcentajes.

4.9.2. Programas utilizados

En el manejo, la presentación y el análisis de datos se utilizaron los programas Microsoft Word 2013, SPSS 24.0, Epi Info 3.5.

4.10. Aspectos éticos

- En base a la naturaleza del estudio y su diseño, no existió riesgos para los participantes; el manejo de los datos recolectados en todo momento fue confidencial.
- Previo a la ejecución del estudio, el presente trabajo de investigación fue revisado y aprobado por los comités de investigación y bioética pertinentes.
- El acceso a la base de datos y formularios estarán también al alcance del Comité de Bioética y autoridades de la Universidad de Cuenca para la verificación de datos.
- Culminada la investigación se mantendrá en archivo la base de datos y los formularios durante un periodo de 2 años; cumplido el tiempo mencionado los investigadores eliminará la información.
- El financiamiento de la investigación fue cubierto en su totalidad por los autores, se declara que no existe conflictos de interés

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Tabla 1.
Distribución de 180 mujeres mayores de 60 años, según edad, estado civil, procedencia, residencia y etnia, Centro de Salud N° 1, Azogues 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
60 – 69	116	64,4
70 – 79	38	21,2
80 – 89	24	13,3
90 y más	2	1,1
Estado civil		
Sotera	53	29,4
Casada	97	53,9
Viuda	26	14,4
Divorciada	4	2,3
Procedencia		
Cañar	86	47,8
Azuay	38	21,1
El Oro	26	14,4
Guayas	24	13,3
Otros	6	3,4
Residencia		
Urbana	125	69,4
Rural	55	30,6
Etnia		
Mestiza	96	53,3
Indígena	64	35,6
Blanca	15	8,3
Afroecuatoriano	5	2,8
TOTAL	180	100

Fuente: base de datos

Elaborado por: Paulina Maricela Sailema Manotoa

La población en estudio tenían como \bar{x} de edad 72 años, con una edad mínima de 60 años y una máxima de 96 años. El 64.4% (n=116) corresponden al grupo etario 60 a 69 años, con predominio del estado civil casada 53.9% (n=97), procedente de la provincia del Cañar (47.8% n=86), residente en el área urbana en un 69.4% (n=125); de etnia mestiza (53.3% n=96).



Tabla 2.
Distribución de 180 mujeres mayores de 60 años, según nivel de instrucción y ocupación, Centro de Salud N° 1, Azogues

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad		
Primaria incompleta	8	4,4
Primaria completa	88	48,9
Secundaria completa	59	32,8
Tercer nivel completa	25	13,9
Ocupación		
Jubilada	136	75,6
Empleada	26	14,4
Trabajadora	18	10
TOTAL	180	100

Fuente: base de datos

Elaborado por: Paulina Maricela Sailema Manotoa

Las mujeres mayores tienen como escolaridad predominante la primaria completa 48.9% (n=88), de ocupación jubiladas en un 75,6% (n=136).

Gráfico 1.
Calidad de vida en 180 mujeres mayores de 60 años, según las puntuaciones de la escala FUMAT, Centro de Salud N° 1, Azogues

Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional	25,7	11	63
Relaciones Interpersonales	22,5	12	75
Bienestar Material	20,2	5	5
Desarrollo Personal	20,5	10	50
Bienestar Físico	17,1	9	37
Autodeterminación	23	12	75
Inclusión Social	26	11	63
Derechos	10	8	25
Puntuación Estándar TOTAL (suma)		78	
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)		98	
Percentil del Índice de Calidad de Vida			46

Fuente: base de datos

Elaborado por: Paulina Maricela Sailema Manotoa

Gráfico 2.
Perfil de Calidad de vida en 180 mujeres mayores de 60 años, según la

escala FUMAT, Centro de Salud N° 1, Azogues

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

* BE: bienestar emocional, RI: relaciones interpersonales, BM: bienestar material, DP: desarrollo personal, BF: bienestar físico, AU: autodeterminación, IS: inclusión social, DE: derechos

Fuente: base de datos

Elaborado por: Paulina Maricela Sailema Manotoa

En las figuras 1 y 2 se observa de forma gráfica las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las dimensiones de la escala FUMAT, en las mujeres mayores de 60 años atendidas en el centro de salud N° 1, encontrando que en la dimensión bienestar material, bienestar físico y derechos obtienen una puntuación baja; mientras, que las dimensiones mejor puntuadas son bienestar emocional, relaciones interpersonales, autodeterminación e inclusión social.

Analizando de manera global la calidad de vida de las mujeres mayores de 60 años del centro de salud N° 1 de acuerdo a la escala FUMAT presenta un índice de 98 con un percentil 46, encontrándose de acuerdo a la escala citada en un nivel medio bajo.

Tabla 3.
Calidad de vida en 180 mujeres mayores de 60 años según edad,
Centro de Salud N° 1, Azogues

Calidad de vida	Percentil	Edad							
		60 – 69		70 – 79		80 – 89		90 y más	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1 – 40	23	12,8	3	1,7	14	7,8	2	1,1
Media baja	41 – 50	68	37,7	21	11,7	7	3,8	0	0
Media – buena	51 – 60	15	8,3	9	5	3	1,7	0	0
Muy buena	61 – 80	9	5	5	2,8	0	0	0	0
Excelente – alta	81 – 94	1	0,6	0	0	0	0	0	0
TOTAL		116	64,4	38	21,2	24	13,3	2	1,1

Fuente: base de datos

Elaborado por: Paulina Maricela Sailema Manotoa

Al establecer la relación entre la calidad de vida de las mujeres del centro de salud N° 1 y la edad, se puede apreciar que a mayor edad (80 a 89 años, 90 y más años) baja la calidad de vida en un 7.8% (n=14) y un 1.1% (n=2) respectivamente.

Tabla 4.
Calidad de vida en 180 mujeres mayores de 60 años según estado civil,
Centro de Salud N° 1, Azogues

Calidad de vida	Percentil	Estado civil							
		Soltera		Casada		Viuda		Divorciada	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1 – 40	15	8,3	17	9,4	8	4,4	2	1,1
Media baja	41 – 50	28	15,6	62	34,4	5	2,8	1	0,6
Media – buena	51 – 60	6	3,3	11	6,1	9	5	1	0,6
Muy buena	61 – 80	4	2,2	6	3,4	4	2,2	0	0
Excelente – alta	81 – 94	0	0	1	0,6	0	0	0	0
TOTAL		53	29,4	97	53,9	26	14,4	4	2,3

Fuente: base de datos

Elaborado por: Paulina Maricela Sailema Manotoa

La calidad de vida en las mujeres que son atendidas en el centro de salud N° 1 presente disminución en la población de estado civil viuda en un 4.4% (n=8); mejorando en el grupo de casadas en un 34.4% (n=62).

Tabla 5.
Calidad de vida en 180 mujeres mayores de 60 años según
escolaridad, Centro de Salud N° 1, Azogues

Calidad de vida	Percentil	Escolaridad							
		Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria completa		Tercer nivel completo	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	1 – 40	8	4,4	29	16,1	5	2,8	0	0
Media baja	41 – 50	0	0	37	20,6	47	26,1	12	6,7
Media – buena	51 – 60	0	0	15	8,3	5	2,8	7	3,9
Muy buena	61 – 80	0	0	7	3,9	2	1,1	5	2,8
Excelente – alta	81 – 94	0	0	0	0	0	0	1	0,5
TOTAL		8	4,4	88	48,9	59	32,8	25	13,9

Fuente: base de datos

Elaborado por: Paulina Maricela Saillema Manotoa

En relación con la escolaridad, se puede observar que mientras menor es el grado de educación alcanzado la calidad de vida baja, así lo refleja el 4.4% (n=8) que tienen primaria incompleta, y el 16.1% (n=29) primaria completa. Mientras que a mayor grado de escolaridad alcanzado mejora la calidad de vida, como es el caso de una mujer (0.5%) que tiene el tercer nivel completo y una calidad de vida excelente o alta.



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La presencia de las mujeres mayores en la sociedad ecuatoriana refleja la evolución de las pautas de morbilidad y mortalidad a lo largo de este siglo. Aunque si bien las mujeres viven más años, también presentan un porcentaje mayor de padecer alguna enfermedad crónica con respecto a los varones ². Gran parte de las desigualdades entre mujeres y hombres adultos mayores son resultado de las desigualdades de género en otras etapas de su vida, que suelen situar a las mujeres en condiciones de desventaja en términos de bienestar social, económico y psicológico ¹⁸, ¹⁹.

En este contexto se pudo evidenciar que las mujeres mayores de 60 años y que acuden al centro de salud N^o 1 de Azogues tenían como media de edad los 72 años, con una edad mínima de 60 años y una máxima de 96 años. El 64.4% corresponden al grupo etario 60 a 69 años, con predominio del estado civil casada 53.9%, procedente de la provincia del Cañar 47.8%, residente en el área urbana en un 69.4%; de etnia mestiza 53.3%. Además, tienen como escolaridad predominante la primaria completa 48.9%, de ocupación jubiladas en un 75,6%.

De forma similar Azpiazu y col (2002) en su estudio sobre la Calidad de en mayores de 65 años no institucionalizados, encontraron como edad media del grupo de estudio 74.7 años (IC del 95%, 74.3 – 75.1%); mujeres 59.7% (IC del 95%, 56.4 – 62.9%); sin estudios 41% (IC del 95%, 37.7 – 44.2%); clases sociales I y II 38.3% (IC del 95%, 35.1 – 41.6%). Percibían su estado de salud como bueno o muy bueno 52.1% (IC del 95%, 48.8 – 55.4%), 57.5% (IC del 95%, 52.2 – 62.6%). Concluyendo que las mujeres muestran una percepción peor de su estado de salud y su calidad de vida que los varones ⁶



Pérez (2004), en su estudio encontró que la autopercepción de la salud es distinta según el sexo; las mujeres, en general se declaran con peor salud que los hombres, al mismo tiempo son quienes padecen las enfermedades crónicas con mayor intensidad. En cambio, los varones mueren por accidentes en mayor proporción (70.9%) que las mujeres (29.1%), siendo esta diferencia más acusada si se trata de accidentes de tráfico (76.9% y 23.1%, respectivamente) ¹⁴.

Además, en su estudio previo realizado sobre el envejecimiento femenino, exponía que las mujeres mayores no constituyen un grupo homogéneo, sino que existen una serie de variables (la edad, el estado civil, el nivel de estudios, etc.) que influyen en las distintas experiencias en el envejecimiento femenino; es decir las mujeres viven más, pero lo hacen solas pues sus parejas se han

“ido”

2, 14.

Analizando la calidad de vida de las mujeres mayores de 60 años del centro de salud N^o 1 de acuerdo a la escala FUMAT presenta un índice de 98 con un percentil 46, encontrándose de acuerdo a la escala citada en un nivel medio bajo. La dimensión bienestar material, bienestar físico y derechos obtienen una puntuación baja; mientras, que las dimensiones mejor puntuadas son bienestar emocional, relaciones interpersonales, autodeterminación e inclusión social.

En este sentido, Inga y Vara (2006) en su estudio entrevistaron a 122 ancianos residentes en la ciudad de Lima para determinar los principales factores asociados a su satisfacción con la vida. Para ello construyeron 7 escalas (resentimiento, satisfacción de vida, maltrato al anciano, dependencia por incapacidad, apoyo social, identidad amical prosocial, identidad amical antisocial) ¹⁵. También encontraron que los ancianos encuestados tienen una alta satisfacción vital; sin embargo, señalaron mayor nivel de insatisfacción en aspectos tales como debilidad corporal, sentimientos de ser abandonados por sus familiares, así como soledad o desesperanza ⁸.



También, durante el 2007 Lázaro y col, presentan su trabajo realizado en la población adulta mayor de Zaragoza, en donde el 9.6% de los sujetos presentaba “dependencia grave/absoluta”, porcentaje que aumentaba a 15.5% y a 18.7% para las personas mayores de 75 y 80 años respectivamente. La “dependencia leve/moderada” está relacionada con ser mujer ($p<0.01$), salud auto – percibida mala – regular ($p<0.0001$), ser viudo/a ($p<0.01$), y sin estudios primarios ($p<0.01$) ¹⁶.

En el proyecto de investigación realizado en el centro de salud N° 1 de Azogues, se encontró que, al establecer la relación entre la calidad de vida de las mujeres y la edad, se puede apreciar que a mayor edad (80 a 89 años, 90 y más años) baja la calidad de vida en un 7.8% y un 1.1% respectivamente. De igual manera, la calidad de vida presenta disminución en la población de estado civil viuda en un 4.4%; mejorando en el grupo de casadas en un 34.4%.

En relación con la escolaridad, se puede observar que mientras menor es el grado de educación alcanzado la calidad de vida baja, así lo refleja el 4.4% que tienen primaria incompleta y, el 16.1% con primaria completa. Mientras que a mayor grado de escolaridad alcanzado mejora la calidad de vida, como es el caso de una mujer (0.5%) que tiene el tercer nivel completo y una calidad de vida excelente o alta.

En el estudio realizado por Casado, et al (2009), se describe que sigue siendo motivo de debate la explicación de la diferencia de longevidad entre varones y mujeres, pues varios factores biológicos, sociales y de conducta juegan un papel importante y determinan relaciones complejas ^{2, 14}.

En la Segunda Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC – Caja Los Andes (2010) aplicada en la población mayor de Chile, con el objetivo de contar con datos objetivos para la elaboración de herramientas específicas para prevenir y estimular una mejor calidad de vida en esta etapa.



Como principales resultados encontraron que en la Primera Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC – Caja Los Andes (2007), el 56% de los encuestados dijeron sentirse satisfechos con su vida; en tanto en su segunda versión 2010, este porcentaje subió al 60%. La situación económica y los sistemas de ayuda social son variables relevantes de considerar. La Encuesta 2010 refleja que a los adultos mayores les alcanza mejor el dinero para satisfacer sus necesidades que en relación a otros años, lo que incrementa su sensación de bienestar ²¹.

Las necesidades de alimentación y de recreación también mejoraron en comparación a tres años atrás. En tanto, permanece alta la satisfacción de necesidades de vivienda y aquellas referidas a los afectos y al cariño. Las necesidades afectivas son una fuente de satisfacción muy relevante para las personas mayores, quienes necesitan reforzar sus lazos familiares y acrecentar su red de apoyo social para enfrentar mejor las vicisitudes de la vida cotidiana.

Calero et al (2016) en su investigación realizada en la ciudad de Quito – Ecuador sobre la Influencia de las actividades físico – recreativas en la autoestima del adulto mayor hallaron como resultados del post test un incremento de la autoestima en 5.85 puntos porcentuales, lo que equivale al 14.7 por ciento de mejora en la autoestima general, luego de actividades físico

– recreativas diseñadas para el mantenimiento de la salud física y mental como medio de obtención de una mejor calidad de vida en el adulto mayor, incrementando la autoestima ⁴.



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

- La población de mujeres mayores de 60 años que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues, con una media de edad 72 años, con una edad mínima de 60 años y una máxima de 96 años. El 64.4% corresponden al grupo etario 60 a 69 años, con predominio del estado civil casada 53.9%, procedente de la provincia del Cañar (47.8%), residente en el área urbana (69.4%); de etnia mestiza (53.3%).
- Además, dentro de la escolaridad prevalece la primaria completa 48.9% y como ocupación sobresale la jubilada en un 75,6%.
- La calidad de vida de las mujeres mayores de 60 años del centro de salud N° 1 de acuerdo a la escala FUMAT presenta un índice de 98 con un percentil 46, encontrándose en un nivel medio bajo.
- La dimensión bienestar material, bienestar físico y derechos obtienen una puntuación baja; mientras, que las dimensiones mejor puntuadas son bienestar emocional, relaciones interpersonales, autodeterminación e inclusión social.
- La relación entre la calidad de vida de las mujeres del centro de salud N° 1 y la edad, manifiesta que a mayor edad baja la calidad de vida en un 7.8%.
- De igual manera, la calidad de vida en las mujeres mayores de 60 años presenta disminución en la población de estado civil viuda en un 4.4%; mejorando en el grupo de casadas en un 34.4%.
- En relación con la escolaridad, mientras menor es el grado de educación alcanzado la calidad de vida baja, 4.4% primaria incompleta y el 16.1% primaria completa.



7.2 Recomendaciones

- Establecer dentro de las instituciones de salud y de aquellas que se encargan del cuidado de mujeres mayores de 60 años, estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de esta población vulnerable, centrada en las diferencias marcadas en el medio por el género y la escolaridad.
- Fomentar la participación de la familia en el cuidado de las mujeres mayores de 60 años; a través de programas masivos de concientización del cuidado del adulto mayor por parte de la familia y de la sociedad.
- Socializar los resultados del presente trabajo de investigación y, fomentar la realización de proyectos en poblaciones de zonas geográficas diferentes, que permitan ampliar el perfil de la población femenina mayor de 60 años en nuestro país.



CAPÍTULO VIII

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento. 2009.
2. Casado del Olmo, MI; Fernández Araque, AM; Santa Clotilde Jiménez, E. Calidad de vida en mujeres mayores de 65 años que acuden habitualmente al centro de salud (Z.B.S. Valladolid). Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0211.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Informe mundial. Suiza: OMS; 2015. Report No.: ISBN 978 92 4 356504 0.
4. Calero Morales S, Klever Díaz T, Caiza Cumbajin MR, Rodríguez Torres ÁF, Analuiza Analuiza EF. Influencia de las actividades físico - recreativas en la autoestima del adulto mayor. Revista Cubana de Investigación Biomédica. 2016; 35(4).
5. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Rev hacia la Promoción de la Salud. 2007 enero - diciembre; 12.
6. Azpiazu Garrido, Mercedes; Cruz Jentoft, Alfonso; Villagrasa Ferrer, José Ramón; Abanades Herranz, Juan Carlos; García Marín, Natividad; Alvear Valero de Bernabé, Fernando FACTORES ASOCIADOS A MAL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO O A MALA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS Revista Española de Salud Pública. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/170/17000605.pdf>



7. Alsinet C, Jordana N. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. Volumen I. 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10459.1/57694>

Inga Aranda J, Vara Horna A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima - Perú. Rev científica Javeriana.

2006 octubre - diciembre; 5(3). Disponible en:

<https://repositori.udl.cat/handle/10459.1/57694>

8. Osorio Parraguez P, Torrejón MJ, Anigstein MS. Calidad de vida en personas mayores en Chile. Rev Med Univ de Chile. 2011 Mayo; 24.
9. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med Lima. 2007; 68(3).
10. Gordillo L. Calidad de vida de los adultos mayores y su relación con la depresión en la parroquia de Llaqueo, Cuenca 2015. Tesis de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Cuenca. 2015.
11. Pérez Ortiz L. Envejecer en femenino. Observatorio de personas Mayores. 2004; 27.
12. Soliz Carrión D, Flores G, Santi León F, Jalkh Roben I, et al. Agenda de igualdad para adultos mayores. 2013.
13. Pérez Ortiz L. www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvej ec09.pdf. [Online].; 2004 [cited 2017 Noviembre 6. Available from: <http://www.imsersomayores.csic.es>.

Inga Aranda J, Vara Horna A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima - Perú. Rev científica Javeriana.



2006 octubre - diciembre; 5(3). Disponible en:

<https://repositori.udl.cat/handle/10459.1/57694>

14. Osorio Parraguez P, Torrejón MJ, Anigstein MS. Calidad de vida en personas mayores en Chile. Rev Mad Univ de Chile. 2011 Mayo; 24.
15. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med Lima. 2007; 68(3).
16. Gordillo L. Calidad de vida de los adultos mayores y su relación con la depresión en la parroquia de Llaoca, Cuenca 2015. Tesis de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Cuenca. 2015.
17. Pérez Ortiz L. Envejecer en femenino. Observatorio de personas Mayores. 2004; 27.
18. Soliz Carrión D, Flores G, Santi León F, Jalkh Roben I, et al. Agenda de igualdad para adultos mayores. 2013.
19. Pérez Ortiz L. www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvej ec09.pdf. [Online].; 2004 [cited 2017 Noviembre 6. Available from: <http://www.imsersomayores.csic.es>.
20. Huere H. Calidad de vida en adultos mayores del asentamiento humano San Cosme – Lima; 2016. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Federico Villarreal. Perú 2017.
21. Lázaro Alquézar A, Rubio Aranda E, Sánchez Sánchez A, García Herrero JC. Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. Rev Esp Salud Pública. 2007 Noviembre; 81.
22. Ferreira Salazar C, García Gracia K, Macías Leiva L, Pérez Avellaneda A, Tomsich C. Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III. Informe. Quito: ONU Mujeres - INEC, Comisión de Transición hacia la Definición de la



Institucionalidad Pública que garantice la Igualdad entre hombres y mujeres; 2013. Report No.: ISBN: 978-9942-07-390-7.

23 Sanabria Ma S. Calidad de vida e instrumentos de medición.

Universidad de La Laguna. Trabajo de titulación. 2016.



CAPÍTULO IX

ANEXOS

Anexo 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	– Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació.	– Tiempo en años	– Años cumplidos desde el nacimiento registrado en el documento de identidad.	Ordinal – Mayores de 60 años
Estado Civil	– Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	– Relación legal	– Estado civil referido por la persona.	Nominal – Soltero – Casado – Viudo – Divorciado – Unión Libre
Procedencia	– Es el lugar de nacimiento o su lugar de origen.	– Area geográfica	– Lugar de nacimiento.	Nominal – Cañar. – Azuay. – El Oro. – Guayas. – Otros
Residencia	– El lugar donde alguien habita, como consecuencia de residir.	– Área geográfica	– Lugar hábitat. que	Nominal – Urbana – Rural
Etnia	– Identificación con un conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	– Cultural	– Raza.	Nominal – Mestiza – Blanca – Afroecuatoriano – Indígena



<p>Nivel de instrucción</p>	<p>Formación académica finalizada al momento del estudio.</p>	<p>Social</p>	<p>Título o certificado acreditado.</p>	<p>Nominal Primaria: completa o incompleta. Secundaria: completa o incompleta. Tercer nivel: completa o</p>
<p>Ocupación</p>	<p>Actividad laboral desempeñada al momento.</p>	<p>Laboral</p>		<p>Nominal - Empleada. - Trabajadora. - Jubilada.</p>
<p>Calidad de vida</p>	<p>Nivel de percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bienestar físico. - Bienestar emocional. - Relaciones interpersonales - Inclusión social. - Desarrollo personal - Bienestar material. - Autodeterminación - Derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria. - Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés. - Interacciones, relaciones, apoyos. - Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales. - Educación, competencia personal, desempeño. - Estatus económico, empleo, vivienda. - Autonomía, metas/valores personales, lecciones. - Derechos humanos, derechos legales. 	<p>Nominal - Escala FUMA¹⁵.</p>

Elaborado por: Paulina Maricela Saillema Manotoa.



Anexo 2

ESCALA FUMAT

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

“Calidad de vida en mujeres mayores de 60 años,
centro de salud N1, Azogues 2018”

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

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

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



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

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



DESARROLLO PERSONAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22. Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódicos, etc.)	4	3	2	1
23. Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24. Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25. En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27. Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28. Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29. Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

BIENESTAR FÍSICO	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30. Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31. Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.	1	2	3	4
33. Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				



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

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



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

Fecha: ____/____/____



RESUMEN

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Nombre y Apellidos
Informante
Fecha de aplicación

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

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

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



CALIFICACIÓN ESCALA FUMAT

Puntuaciones directas									
Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	Percentil
20									> 99
19									> 99
18									> 99
17									99
16									98
15				32		31□ 32	36		95
14	32			30□ 31	24	29□ 30	34□ 35	20	91
13	30□ 31	23□ 24		27□ 29	22- 23	26- 28	31□ 33	18□ 19	84
12	27□ 29	21□ 22	28	25□ 26	21	23□ 25	29□ 30	17	75
11	25□ 26	20	27	22□ 24	19□ 20	21□ 22	26□ 28	15□ 16	63
10	23□ 24	18□ 19	25□ 26	20□ 21	18	18□ 20	24□ 25	13□ 14	50
9	21□ 22	16□ 17	24	17- 19	16- 17	16□ 17	22□ 23	12	37
8	19□ 20	14□ 15	23	15□ 16	15	13□ 15	19□ 21	10□ 11	25
7	16□ 18	13	22	12□ 14	13□ 14	10□ 12	17□ 18	9	16
6	14□ 15	11□ 12	21	10□ 11	12	8-9	14□ 16	7-8	9
5	12□ 13	9□ 10	20	8-9	10□ 11		13	6	5
4	10□ 11	8	18□ 19		9		9□ 12	5	2
3	8-9	6-7	17		6-8				1
2			16						< 1
1			7□ 15						< 1

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DE= Derechos.

Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida

Total (suma de las PE)	Indice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Indice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Indice CV	Percentil
109	123	94	83	102	56	57	82	11
108	122	93	82	102	54	56	81	10
107	122	92	81	101	52	55	80	9
106	121	92	80	100	50	54	79	8
105	120	91	79	99	48	53	78	8
104	119	90	78	98	46	52	78	7
103	118	89	77	98	44	51	77	6
102	118	88	76	97	42	50	76	6
101	117	87	75	96	40	49	75	5
100	116	86	74	95	37	48	74	4
99	115	84	73	94	35	47	74	4
98	114	83	72	94	34	46	73	4
97	114	82	71	93	32	45	72	3
96	113	80	70	92	30	44	71	3
95	112	79	69	91	28	43	71	2
94	111	77	68	90	26	42	70	2
93	110	76	67	90	24	41	69	2
92	110	74	66	89	23	40	68	2
91	109	72	65	88	21	39	67	1
90	108	70	64	87	20	38	67	1
89	107	68	63	86	18	37	66	1
88	106	66	62	86	17	36	65	1
87	106	65	61	85	16	35	64	1
86	105	63	60	84	14	34	63	1
85	104	60	59	83	13	33	63	1
84	103	58	58	82	12	32	62	1

Nota. PE = Puntuaciones estándar; ICV = Índice de Calidad de Vida



Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO**“Calidad de vida en mujeres mayores de 60 años, centro de salud N1, Azogues 2018”**

Yo Paulina Sailema portadora de la C.I. 1804005161 estudiante de la Carrera de Enfermería. Solicito su participación para la obtención de datos para la presente investigación.

Introducción	
En las personas mayores la calidad de vida está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente. Las políticas de salud diseñadas en la última década para responder a las necesidades de las personas de edad avanzada buscan el mantenimiento de la capacidad del mayor para llevar una vida independiente en la comunidad con un alojamiento y un soporte social adecuados.	
Propósito del estudio	
Determinar la calidad de vida de mujeres mayores de 60 años que acuden al centro de salud N1 de la ciudad de Azogues.	
Procedimiento	
Para realizar esta investigación se cuenta con la autorización del director de esta casa de salud, la información será recolectada en un formulario que tomará 30 minutos de su tiempo, el cual consta de preguntas sencillas relacionadas con vida diaria, así como su salud, y actividad diaria. Para esta investigación se tomó como instrumento la escala de FUMAT para generar información básica, el cuestionario está compuesto por 8 dimensiones: bienestar emocional, relaciones inter-personales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos que son de utilidad para poder cumplir el propósito planteado en este estudio.	
Riesgo/beneficio	
Este estudio no implica ningún riesgo para usted, pero su participación permitirá obtener datos que serán un referente para desarrollar planes de intervención a futuro sobre este tema.	
Confidencialidad de los datos	
La información proporcionada se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores tendremos acceso, por lo tanto sus nombres NO serán mencionados en los reportes o publicaciones que se realicen a futuro.	
Derechos y opciones del participante	
Le indicamos además que, por su participación en el estudio, no recibirá compensación económica alguna. En caso de usted acceder voluntariamente le solicitamos que nos confirme su participación con su firma respectiva, luego de lo cual se le asignara un código de identificación.	
CONSENTIMIENTO	
Yo: _____, portadora de la C.I. _____ Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. ACEPTO participar en esta investigación proporcionando la información necesaria.	
_____ Firma del participante	____/____/____ Fecha
_____ Firma del investigador	



Anexo 4

Azogues, 5 de noviembre del 2018

Dra.

Alexandra Roja

DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD N 1 DEL CANTÓN

AZOGUES De mi consideración.

Yo Paulina Maricela Sailema Manotoa con número de cédula de identidad. 1804005161, me dirijo a usted con un atento y cordial saludo, a la vez que me permito solicitar me autorice poder realizar la recolección de la información en las pacientes que acuden a la institución que usted dirige, en virtud de que me encuentro desarrollando mi trabajo de investigación titulado: **“Calidad de vida en mujeres mayores de 60 años, centro de salud N1, Azogues 2018”**, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería.

Es importante señalar que esta actividad no representa gasto para la institución y que se protegerá la información obtenida de acuerdo a lo establecido en la parte ética de la investigación.

Segura de contar con una respuesta favorable a mi solicitud, me suscribo de usted, no sin antes reiterarle mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Paulina Maricela Sailema Manotoa
C.I.1804005161
Egresada de la Carrera de Enfermería

Mg. Patricia Naulaguari Medina
Directora del trabajo de investigación
Docente Carrera de Enfermería
Universidad de Cuenca
