



“PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR”

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN MEDICINA FAMILIAR

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y
LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN SU
PERCEPCIÓN, EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DE LOS CENTROS DE SALUD
PERTENECIENTES AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL
ECUADOR, DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE LA CIUDAD DE
MANTA DURANTE LOS MESES DE JULIO AL MES DE AGOSTO DEL
AÑO 2016.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORES:

DRA. INGRED BRICEIDA CEDEÑO CAMPUZANO.

DR. EDIE JOSE DELGADO CEDEÑO

DIRECTOR METOLÓGICO: DR. XAVIER GEOVANNY SÁNCHEZ

CHOEZ.

DIRECTORA DE TESIS: KARINA MARIBEL AGUIRRE YELA.

QUITO – 2016.

AGRADECIMIENTO

Al culminar esta nueva etapa de desarrollo profesional, quiero expresar mis sinceros agradecimientos de manera especial a mis hijos, por estar conmigo en todo momento, por su aporte incansable e incondicional a pesar de las dificultades.

A mi esposo, compañero de carrera y de vida.

A mis padres, por su motivación constante, sus valores y consejos, para superarme día a día.

A todas las personas que de una u otra manera, fueron parte fundamental en el desarrollo y culminación de mis ideales.

Ingreed

AGRADECIMIENTO

Durante estos 3 años de postgrado he aprendido mucho más que en toda mi vida, entre las cosas nuevas aprendí a ser agradecido con los seres humanos que han hecho posible mi crecimiento intelectual, por eso quiero dar las gracias a todos los tutores que en este difícil camino aportaron sus enseñanzas, especialmente al Dr. Xavier Sánchez Choez, por su invaluable aporte a conseguir esta meta.

En mi crecimiento familiar a mi madre, esposa e hijos por su paciencia, amor y tiempo, pues ellos han sido mi fortaleza y mi horizonte por el cual dedicaré mi vida a dar lo mejor de mí, a todos mis compañeros, pues con ellos aprendí a compartir los buenos y malos momentos fortaleciéndonos mutuamente.

Edie

ABREVIATURAS

AM.- Adulto mayor

CVRS. - Calidad de vida relacionada con la salud

Ic95%.- Intervalo de Confianza al 95%

INEC.- Instituto Nacional de Estadística y Censos

KCCQ.- Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire

MLHFQ.- Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

HNP.- Nottingham Health Profile

OMS.- Organización Mundial de la Salud

OR.- Odds ratio o Razón de Momios

SABE.- Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento

SF-36.- Short-Form Health Survey-36

LISTA DE TABLAS

Tabla No 1. Distribución de variables sociodemográficas, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016

Tabla No 2 Resultados de las variables del cuestionario SF-36, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016

Tabla No 3. Relación entre las variables sociodemográficas y Calidad de vida (SF 36 salud física), en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016.

Tabla No 4. Relación entre las variables sociodemográficas y Calidad de vida (SF 36 salud mental), en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016.

Tabla No 5. Relación entre las variables sociodemográficas y Calidad de vida (SF 36 transición de salud), en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016.

Tabla No 6. Relación entre las variables sociodemográficas y Calidad de vida (SF 36), en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| CAPITULO 1 | 9 |
| 1.1 RESUMEN | 9 |
| ABSTRACT | 10 |
| 1.2 INTRODUCCIÓN | 11 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 13 |
| 1.4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 14 |
| 1.5 OBJETIVOS | 14 |
| 1.5.1 Objetivo general | 14 |
| 1.5.1 Objetivos específicos | 15 |
| 1.6 HIPÓTESIS | 15 |
| CAPITULO 2 | 16 |
| 2.1 MARCO TEÓRICO | 16 |
| 2.1.1 Envejecimiento | 16 |
| 2.1.1.1 Aspectos generales | 16 |
| 2.1.1.2 Epidemiología | 17 |
| 2.1.1.3 Adultos mayores | 18 |
| 2.1.1.4 Características sociodemográficas de la población adulta mayor en Ecuador | 19 |
| 2.1.2 Calidad de vida | 22 |
| 2.1.2.1 Definición | 22 |
| 2.1.2.2 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) | 24 |
| 2.1.2.3 Adultos mayores y su percepción sobre la calidad de vida | 25 |
| 2.1.3 Cuestionario Short-Form Health Survey-36 (SF-36) | 26 |
| 2.1.3.1 Consideraciones generales | 26 |
| CAPITULO 3 | 28 |
| 3.1 Metodología | 28 |
| 3.1.1 Universo | 28 |
| 3.1.2 Muestra | 28 |
| 3.1.3 Criterios de inclusión y exclusión | 28 |
| 3.1.4 Tipo de estudio | 29 |
| 3.1.5 Recolección de datos | 29 |
| 3.1.6 Operacionalización de las variables | 30 |
| 3.1.7. Instrumentos de medida utilizados en el estudio | 30 |
| 3.1.8 Análisis de los datos | 31 |
| 3.1.9 Aspectos bioéticos | 31 |
| CAPITULO 4 | 32 |
| 4.1 Resultados | 32 |
| 4.1.1. Descripción de variables sociodemográficas de los participantes del estudio | 32 |
| 4.1.2. Resultados de las variables del cuestionario SF- 36. | 33 |

| | |
|---|-----------|
| 4.1.3. Asociación entre calidad de vida SF-36-FISICA y características sociodemográficas de los participantes en el estudio | 34 |
| 4.1.4 Asociación entre calidad de vida SF-36-MENTAL y características sociodemográficas de los participantes en el estudio | 36 |
| 4.1.5 Asociación entre calidad de vida SF-36-Transición de salud y características sociodemográficas de los participantes en el estudio | 37 |
| 4.1.6. Asociación entre calidad de vida SF-36 y características sociodemográficas de los participantes en el estudio | 39 |
| CAPITULO 5 | 42 |
| 5.1 Discusión | 42 |
| CAPITULO 6 | 47 |
| 6.1 Conclusiones | 47 |
| 6.2 Recomendaciones | 48 |
| Referencias bibliográficas | 49 |
| ANEXOS | 58 |

CAPÍTULO 1

1.1 RESUMEN

Antecedentes: La percepción de la calidad de vida relacionada a la salud y su asociación con factores sociodemográficos ha sido investigada a nivel latinoamericano.

Objetivo: Analizar y evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública pertenecientes a la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta desde Julio al mes de Agosto del año 2016.

Metodología: El estudio es de tipo analítico de corte transversal. Se estudiaron 304 adultos mayores de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, aplicando una encuesta sociodemográfica y el cuestionario SF36. Para el análisis de los datos se utilizó el programa EPI INFO 7 y Microsoft Excel 2013, 97-2003, realizando análisis bivariado de las variables en estudio.

Conclusión: El 61,8% de los participantes presentaron buena percepción de calidad de vida, especialmente la dimensión de salud mental. Factores sociodemográficos si influyen en la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores entre ellos ser casados (X^2 8,55; $p=0,003$), bajo nivel educativo (X^2 3,77; $p=0,05$), no recibir bono (X^2 4,61; $p=0,03$) y tener pareja (X^2 12,28; $p=0,0004$).

ABSTRACT

Background: The perception of health-related quality of life and its association with sociodemographic factors has been investigated at the Latin American level.

Objective: To analyze and evaluate the quality of life related to health in the elderly who attend the external consultation of the Health Centers of the Ministry of Public Health belonging to the parish Eloy Alfaro in the city of Manta from July to August of 2016.

Methodology: The study is an analytical cross-sectional type. Were studied 304 elderly people from the Eloy Alfaro de Manta parish, applying a socio-demographic survey and the SF36 questionnaire. The EPI INFO 7 and Microsoft Excel 2013, 97-2003 were used to analyze the data, performing a bivariate analysis of the variables under study.

Conclusion: The 61.8% of the participants presented a good perception of quality of life, especially the mental health dimension. Socio-demographic factors influence the perception of quality of life in the elderly, among them being married ($X^2 8.55$; $p = 0.003$), low educational level ($X^2 3.77$, $p = 0.05$), not receiving a bonus ($X^2 4.61$, $p = 0.03$) and having a partner ($X^2 12.28$, $p = 0.0004$).

CAPITULO I

1.2 INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso universal, continuo e irreversible que incluye factores subjetivos relacionados con experiencias de vida, edad biológica y riesgos acumulados a lo largo de los años vividos, asociado a la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación provocando cambios en la función de los sistemas, incrementando la probabilidad de incidencia de enfermedades. (Alvarado García & Salazar Maya, 2014). La vejez es un constructo social que tiene implicaciones en actividades socioculturales en relación a la edad, el género, roles y normas. (Varela & Gallego, 2015). Por ser un constructo socio-cultural, sufre modificaciones de forma dinámica, con particularidades en cada individuo o familiar, por lo tanto los diferentes grupos o comunidades tienen diversas percepciones sobre la calidad de vida en las personas con edad avanzada.

La vejez forma parte del proceso del ciclo vital del individuo, de esta manera, forma parte de la sociedad, sin implicaciones en el transcurso del tiempo, ni al ingreso a una etapa terminal. Las modificaciones y preocupaciones en el anciano compromete inevitablemente capacidades y funciones físicas se vuelven más vulnerables a las enfermedades y condiciones propias de la edad que pueden llevarlos a la fragilidad y a la dependencia. (Cardona Arango & Peláez, 2012). Actualmente las intervenciones deben ser enfocadas a la prevención de complicaciones de las enfermedades.

El incremento demográfico avanza aceleradamente hacia el envejecimiento, debido a la disminución de la fertilidad, por lo tanto la proporción de personas mayores de 64 años

aumenten rápidamente con el tiempo. Las proyecciones globales para el año 2030 son de 16,6% y en el año 2050 a 21,4%. (DeSA, 2013). Así tenemos, mientras que en el año 2000, la prevalencia en el mundo era una de cada diez personas era un adulto mayor, a mitad de siglo será una de cada cinco. (Gerland et al., 2014). En relación a la esperanza de vida en Ecuador aumenta constantemente para el último quinquenio es de 75 años y el índice de envejecimiento es del 21%. (Espinosa & others, 2011)

La calidad de vida tiene una amplia contextualización, sometidas a implicaciones subjetivas positivas y negativas de la vida. Según la OMS es el estado de bienestar físico, social y mental.(Post, 2014). Actualmente es necesario comprender y valorar los factores contextuales, especialmente cuando definimos la discapacidad, deficiencia física o envejecimiento como ajustes problemáticos entre el individuo y su entorno social.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es la percepción subjetiva del bienestar emocional y la satisfacción de la vida, la autoestima y la capacidad de mantener una vida activa e independiente. La CVRS se basa en los efectos de la enfermedad y fundamentalmente en el impacto de la terapéutica. (Lin, Lin, & Fan, 2013). La inadecuada CVRS es un factor crítico para obtener resultados adversos para la salud de los pacientes.

El Short-Form Health Survey-36 (SF-36), fue creado y utilizado con enfoque epidemiológico, es un instrumento completo que consta de treinta y seis ítems, sirve para la valoración de la percepción del estado de salud de los individuos tanto en estados positivos como negativos en grupos poblacionales con y sin enfermedades subyacentes. (Vera-Villarroel, Silva, Celis-Atenas, & Pavez, 2014) (Blanco et al., 2014)

1.3 JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida es un constructo multidimensional de amplio uso en la actualidad, al ser un indicador de envejecimiento satisfactorio es de gran importancia conocer los factores que contribuyen en ella. Esta ha sido sometida a múltiples investigaciones por diferentes profesionales y es un tema recurrente en la investigación gerontológica.

La autopercepción de la salud constituye otro de los elementos relevantes que conforman el conglomerado del bienestar general de la persona durante el ciclo vital, se entiende por lo tanto que el concepto de salud en el adulto mayor más que en otros grupos de edad implica subjetividad, ya que depende de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social.

VARIABLES como la escolaridad, el sexo, el tener pareja, la familia, mantener ingresos económicos, pueden influir en forma positiva o negativa en la actitud que tenga el adulto mayor para valorar su calidad de vida y con esta investigación se quiere relacionar como algunos de estos factores sociodemográficos intervienen en esta percepción.

Llegar a conocer los factores que intervienen en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, ayudará a enfatizar en la creación de intervenciones multisectoriales, involucrarlo en actividades que favorezcan su salud física, psicológica y social, buscando un mecanismo que potenciará su calidad de vida.

Además permite poner a disposición de los adultos mayores un conjunto de actividades que apoyan e impulsan un envejecimiento positivo y saludable, permitiendo su participación activa, por sus experiencias, valores y formación.

Por lo tanto la salud está considerada como uno de los bienes principales que poseen los seres humanos, permite darse cuenta del bienestar general de la persona ya sea desde su percepción o con base en un diagnóstico establecido. La autopercepción de la salud en el adulto mayor se prescribe con mayor afinidad, pues es ahí donde se evidencia que la salud está directamente relacionada con las expectativas de cada ser humano.

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública pertenecientes a la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Analizar y evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública pertenecientes a la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta desde Julio al mes de Agosto del año 2016.

1.5.2 Objetivos específicos

- Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública pertenecientes a la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta, por medio de la encuesta SF 36.
- Identificar y analizar el efecto de los factores sociodemográficos que se relacionan con la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud en el adulto mayor.

1.6 HIPOTESIS

La percepción de la calidad de vida en relación a la salud de los adultos mayores está influenciada por los factores sociodemográficos.

CAPITULO II.

2.1. Marco teórico

2.1.1 Envejecimiento

2.1.1.1 Aspectos generales

El envejecimiento es un proceso normal que involucra factores subjetivos que se encuentran estrechamente vinculados con experiencias de vida, edad biológica y riesgos acumulados a lo largo de los años vividos. Es un fenómeno natural asociado a alteraciones progresivas de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo provocando cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas, aumentando la vulnerabilidad de la persona a las enfermedades. (Alvarado García & Salazar Maya, 2014). Es fundamental reconocer que la vejez es un constructo social que tiene implicaciones en actividades socioculturales en relación a la edad, el género, roles y normas. (Varela & Gallego, 2015). Por ser un constructo socio-cultural, sufre modificaciones de forma dinámica, con particularidades en cada individuo o colectivo, por lo tanto los diversos grupos o comunidades tienen diferentes percepciones sobre la calidad de vida en la vejez.

La vejez es una etapa más del proceso total del ciclo vital. De tal manera, la vejez debe formar parte de la sociedad, al igual que las otras etapas, sin repercusiones en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal. Las transformaciones y preocupaciones en el envejecimiento conlleva inevitablemente, que la sociedad forme subculturas en relación a

la edad, ente que determina y dirige la conducta de sus integrantes; entonces, las agrupaciones o sociedades estarían forzando a los individuos que sobrepasan una determinada edad a constituirse en una minoría, por lo tanto no tendría, por definición, razón para ser una etapa de exclusión social. (Cardona Arango & Peláez, 2012). La exclusión social del anciano constituye una problemática de salud, es por eso la intervención educativa en las personas mayores.

En la actualidad hay diferentes definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas y psicológicas, de igual manera se debe tomar en cuenta el significado y opiniones de la sociedad acerca del envejecimiento. Para su mejor comprensión existen tres tipos de envejecimiento: el normal el cual implica cambios graduales biológicos y psico-sociales relacionados con la edad, el patológico refiere cambios en relación al envejecimiento normal y el óptimo tiene mejores condiciones físicas, psico-sociales y una baja probabilidad de padecer enfermedades o discapacidades. (MontesDeOca-Zavala, 2010) (Jin, 2010). El envejecimiento debe tener las mismas oportunidades de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida.

2.1.1.2 Epidemiología

El envejecimiento poblacional está constituido por los cambios constantes de la evolución de los componentes del cambio demográfico, que dependen fundamentalmente de la fecundidad; los cambios moderados de la mortalidad no provocan variaciones. (Torres-Degró, 2014) (Kim et al., 2015). Las tendencias históricas demuestran que las poblaciones se modifican sustancialmente por el descenso de la fecundidad más no por la disminución

gradual de la mortalidad, pero si esta disminuye repentinamente y en forma continua, se afecta la estructura de edades, llevándola a un aumento de los grupos extremos de la vida. El envejecimiento demográfico junto con el descenso de la fecundidad, se consideran los fenómenos más característicos del mundo occidental durante el siglo XX. (Alonso, 2011) (Cardona Arango & Peláez, 2012)

El incremento poblacional del envejecimiento es un proceso intrínseco de la transición demográfica, además de las modificaciones en su magnitud, la población mundial avanza aceleradamente hacia el envejecimiento. La desaceleración del crecimiento de la población, debido a la disminución global de la fertilidad, hace que la proporción de las personas mayores de 64 años aumenten rápidamente con el tiempo. Las proyecciones globales para el año 2030, bajo estas tendencias previstas ascenderán a 16,6% y en el año 2050 a 21,4 por ciento.(Alvarado García & Salazar Maya, 2014) (DeSA, 2013). Así tenemos, mientras que en el año 2000, la prevalencia en el mundo era una de cada diez personas era un adulto mayor, a mitad de siglo será una de cada cinco. (Gerland et al., 2014) (Raftery, Li, Ševčíková, Gerland, & Heilig, 2012)

2.1.1.3 Adultos mayores

Adulto mayor (AM) es toda persona mayor de 60 años. Según la OMS, considera persona de tercera edad a todo individuo mayor de 60 años, los ha separado por rangos: edad avanzada entre 60 a 74 años, viejas o ancianas entre 75 a 90 años y grandes viejos o grandes longevos los que sobrepasan los 90 años de edad. (Cevallos Sarzosa, 2013). La OPS y Armas y col, refieren que la tercera edad o adulto mayor comprende desde los 65

años en adelante, además los ha clasificado ancianos jóvenes entre 65 a 75 años, ancianos mayores de 76 a 85 años y ancianos avanzados más de 85 años de edad. (Armas & Díaz, 2007) (Cargua Pilco, 2012).

La mayoría de los adultos mayores en esta etapa dejan de trabajar y se jubilan, pero estas condiciones no son impedimento, para realizar sus actividades cotidianas, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas, experiencias o conocimientos a los jóvenes, (Pucha & Isabel, 2016). El adulto mayor de acuerdo al criterio de la sociedad, existen dos tendencias, considerar a la vejez como una etapa feliz y satisfactoria de la vida y por otro lado como una etapa de sufrimiento, enfermedades, padecimientos y discapacidades, (Cevallos Sarzosa, 2013). Generalmente al adulto mayor se lo considera como una etapa productiva terminada, es así que se debe liberar de aquella imagen de incapacidad, de soledad, para fortalecer su rol social, redescubrir sus capacidades y habilidades, enriqueciendo su autoestima al ser ente activo dentro de la sociedad.

2.1.1.4 Características sociodemográficas de la población adulta mayor en Ecuador

Las proyecciones revelan que los adultos mayores es el grupo que crece aceleradamente en relación a las otras edades. En el año 2000 las estimaciones fueron dos adultos entre 60 y 69 años por cada adulto de 70 años o más; en 2050 esta proporción se igualará e incluso será ligeramente superior para los grupos de edades avanzadas. La tasa anual de crecimiento en la actualidad es de 2.2 por ciento, y llegará a ser hasta de tres por ciento en la segunda década del siglo XXI. (DeSA, 2013). En Ecuador las estimaciones actuales es

6% a 8% de personas mayores de 60 años, y para el 2050 superará el 20 %. (Cevallos Sarzosa, 2013). En Ecuador el INEC realizó el censo poblacional en el año 2010, determinando que el 6,5% pertenecen a adultos mayores (>65 años), repartidos 52,6% mujeres y 47,4% varones. (Vidal Aguirre, 2013).

En Ecuador la transición demográfica se ha incrementado velozmente, entre los factores implicados como la reducción sostenida de la mortalidad y aumento persistente de la tasa de fecundidad. Los avances tecnológicos y terapéuticos son factores que han influido sobre la reducción de la mortalidad. (Vidal Aguirre, 2013). En relación a la esperanza de vida sigue incrementándose constantemente, 73,2 años en el decenio 1995 a 2005, mientras que para el último quinquenio es de 75 años, el índice de envejecimiento es del 21%. (Espinosa & others, 2011). En otras palabras la tecnología diagnóstica y terapéutica son los responsables del aumento de la longevidad, por lo que la expectativa de vida de la población hoy en día se encuentra aumentada en comparación con las anteriores generaciones.

El rápido envejecimiento demográfico tiene impactos sobre las condiciones sociodemográficas en los adultos mayores. La encuesta SABE (Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento) realizada en el año 2010, determinó que el 30% AM viven en áreas rurales, presentando limitaciones a los servicios sanitarios e implicaciones en el estado de salud y bienestar. En relación al sistema educativo, uno de cada cuatro AM son analfabetos, Ecuador tiene el 24,5% de bajo nivel educativo, de mayor predominio en las mujeres. (Yépez Granizo, 2016). Se considera el alto nivel educativo como un factor

protector y el analfabetismo es más alto entre las personas femeninas mayores de 65 años factores que deben intervenir para tener un impacto en la salud del anciano.

La población AM es considerada como una agrupación vulnerable a caer en la pobreza debido a las múltiples dificultades de recuperarse de una pérdida inesperada de ingresos económicos o excesivos gastos por los servicios médicos. El estrato socio-económico propio se utiliza como indicador de bienestar financiero, son mecanismos convenientes para paliar las inequidades económicas y la asociación a una red social de apoyo más amplia, es decir cuentan con mayor apoyo familiar.(Brenes-Camacho, 2013)(Gupta, Mohan, Tiwari, Singh, & Singh, 2014). El rápido envejecimiento demográfico tiene impactos económicos tanto a nivel familiar como individual, la capacidad de las personas de disponer de bienes económicos constituye un elemento clave en la calidad de vida en la vejez.(Ergin & Mandiracioglu, 2015).

El apoyo emocional recibido de la familia y de amigos es fundamental para mantener un bienestar y satisfacción en el AM. Las relaciones familiares y por ende el apoyo social contribuyen a superar los problemas de soledad y salud en el AM, es así que la falta de apoyo emocional familiar predispone al estrés psicológico y disminución de la autoestima de los ancianos. (Khan & Tahir, 2014). El proceso de envejecimiento debe considerarse de manera global, y es imperativo que se lleven a cabo investigaciones enfocados en la calidad de vida de las personas mayores y sus necesidades sociales, sabiendo que no solo afecta a la persona en sí, sino también a las familias, hogares y grupos poblacionales en conjunto.

La inexistencia de la pareja implica repercusiones en la salud el AM. El estado civil tiene una asociación significativa con sentimientos de soledad y desesperanza en los AM que se encuentran solos, separados, divorciados o viudos, esta población son propensos a sentirse solos o triste. (Ergin & Mandiracioglu, 2015). Afrontar la soledad, proyectar la fase de duelo, adecuarse a los cambios en la vida diaria junto a la pérdida de la pareja son las algunas de las características que definen la viudez. Atravesar el proceso del duelo es crucial porque en esos momentos las personas se sienten más vulnerables.

2.1.2 Calidad de vida

2.1.2.1 Definición

El concepto del término calidad de vida es multidimensional, mantiene implicaciones subjetivas de aspectos positivos y negativos de la vida. Desde una posición estrictamente semántica hace razonar en un nivel de excelencia referido a los aspectos básicos de la existencia humana. (Lin et al., 2013) (Barcaccia et al., 2013). La OMS la define como el estado de bienestar tanto físico, social y mental, en ausencia de enfermedades y discapacidades.(Post, 2014). En las últimas décadas los investigadores han experimentado e intentar definir la calidad de vida, sin embargo coincide que es necesario comprender y valorar los factores contextuales, especialmente cuando se define la discapacidad, deficiencia física o envejecimiento como ajustes problemáticos entre el individuo y su entorno social.

El concepto de calidad de vida se ha convertido cada vez más importante dentro de la investigación médica. Todos los esfuerzos están enfocados en la búsqueda del concepto

adecuado e ideal de la calidad de vida, porque se ha convertido en el motor que guía las prácticas profesionales y el objetivo al que se dirigen los servicios sociales y sanitarios. (Tamburin et al., 2017). La búsqueda de la calidad de las personas hoy en día es un objetivo compartido por usuarios de servicios, profesionales y organizaciones que trabajan para conseguir servicios y procesos de calidad valorados por los propios pacientes, cuya finalidad es el mejoramiento de su calidad de vida. (Oliva et al., 2011). Sin embargo, el sistema de salud y sus proveedores no asumen la responsabilidad de todas estas preocupaciones humanas globales, y por lo tanto, se hace una distinción con respecto a la salud de la calidad de vida.

Sin embargo, a pesar de los avances logrados por la investigación científica en relación a las definiciones actuales, aún son indispensables estudios cualitativos que vayan destinados a proporcionar a los profesionales de la salud y a las organizaciones instrumentos y estrategias de evaluación que permitan obtener datos y seguir avanzando hacia la calidad de vida del usuario. (Post, 2014). El esfuerzo multidisciplinario de los investigadores para adaptar una definición adecuada ha identificado dimensiones que influyen en la calidad de vida.

Dimensiones de la Calidad de Vida

La influencia de las dimensiones sobre la calidad de vida y bienestar en los usuarios, tienen como objetivo fundamental el mejoramiento de vida de las personas, para su mejor comprensión se encuentran enfocadas en cinco dimensiones: bienestar físico, bienestar material, el bienestar social, el bienestar emocional, el desarrollo y la actividad. (Felce &

Perry, 2011) (Potter, Cantarero, & Wood, 2012). Las decisiones estratégicas por parte de los profesionales de la salud contribuyen a mejorar la calidad de vida y satisfacción de los pacientes. (Silva & Ferreira, 2013). Es por eso que se deben implementar nuevas investigaciones en el ámbito del análisis de las dimensiones e indicadores de la calidad de vida y bienestar de los individuos.

2.1.2.2 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se la define como el bienestar emocional y la satisfacción de la vida en forma general, la autoestima y la capacidad de mantener una vida activa e independiente. La CVRS está enfocada en los efectos y complicaciones de la enfermedad y especialmente sobre el impacto de la terapéutica en relación a la calidad de vida, a diferencia del concepto de calidad de vida que abarca generalmente todos los aspectos de la vida humana. (Lin et al., 2013). Es un constructo multidimensional que manifiesta la percepción del estado de salud y la competencia de adaptación con el medio que lo rodea. (Forte, Boreham, De Vito, & Pesce, 2015). La inadecuada CVRS es un factor crítico para obtener resultados adversos para la salud de los pacientes.

En el contexto de envejecimiento saludable debe tener mínima probabilidad de presentación de enfermedades. Varios grupos poblacionales de AM con patologías subyacentes han demostrado la importancia del CVRS como predictor pronóstico independiente de complicaciones clínicas y elevada mortalidad. (Davis et al., 2015). Por lo tanto, la CVRS es un marcador de condiciones subyacentes importantes en el contexto

del envejecimiento saludable, tales factores que influyen como eventos de riesgos son la edad, discapacidad, depresión, fragilidad entre otros.(Bilotta et al., 2011)(Ostojic, Stevanovic, & Jancic, 2016)(Gutiérrez et al., 2016). Una inadecuada CVRS se correlaciona con resultados adversos en los pacientes, es imperioso la importancia de la medición de las perspectivas de los pacientes sobre su vida.

2.1.2.3 Adultos mayores y su percepción sobre la calidad de vida

El perfil demográfico está lleno de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo. Los AM aducen que la calidad de vida es estar saludable, vivir feliz, confraternidad familiar y social, sin problemas financieros y sin impedimento para realizar sus actividades cotidianas. (Paskulin, Córdova, Costa, & Vianna, 2010). En términos generales la percepción de los AM sobre su calidad de vida, no solo se debe tomar en cuenta la parte estructural sino en su estilo de vida activo y hábitos que se comporten como factores protectores para las funciones ejecutivas y cognitivas de los usuarios. (Forte et al., 2015). Es fundamental que los ancianos alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social.

La percepción de salud es un predictor significativo en el estado de autopercepción de la calidad de vida de los AM. Las características auto perceptivas de los ancianos sobre su salud proporcionan información valiosa sobre las condiciones subjetivas del mismo, debido a la recopilación de los datos. (Giuli et al., 2014). La principal dimensión perceptiva que se encuentra asociada sobre la calidad de vida es mantenerse activo físicamente. (Porto, Guedes, Fernandes, & Reichert, 2012).

El auto percepción de la salud por los AM influye en la calidad de vida. Los ancianos creen que son incapacitados pero más unidos a la comunidad en comparación que los jóvenes, se considera un predictor de morbi-mortalidad en este grupo poblacional, por su validez y fiabilidad. (Yan, 2013). Por lo tanto, es evidente que valorar la parte física, mental, servicios y entornos sociales de la comunidad, son factores de riesgo que afectan en gran medida la salud y bienestar de las personas mayores.

2.1.3 Cuestionario Short-Form Health Survey-36 (SF-36)

2.1.3.1 Consideraciones generales

El cuestionario Short-Form Health Survey-36 (SF-36) fue creado en la década de los 90, utilizado con fines epidemiológicos en establecimientos de salud, consta de treinta y seis ítems, para la valoración de la percepción del estado de salud de los usuarios tanto estados positivos como negativos en grupos poblacionales con y sin patologías, por estas consideraciones es un instrumento completo utilizado a nivel mundial, por relacionar la salud con calidad de vida del paciente. (Vera-Villarroel et al., 2014) (Blanco et al., 2014)

El SF-36 fue validado en pacientes sobrevivientes con cáncer mamario, demostró en forma general una fiabilidad sobre los estados de salud, en comparación con la sensibilidad que no reveló confiabilidad. (Treanor & Donnelly, 2015). En los trastornos neurológicos se sometió a validación, para evaluar el CVRS, demostró resultados favorables y es un instrumento útil y apropiado para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con eventos cerebrovasculares y traumatismos craneoencefálicos, ofreciendo

ventajas en relación a los demás cuestionarios evaluados. (abral et al., 2012) (Guilfoyle et al., 2010)

Un estudio sueco realizó la comparación de diferentes instrumentos que valoran la calidad de vida, de los cuales el SF-36 y el NHP demostraron ser fiables, pero SF-36 presentó mejor sensibilidad para valorar CVRS que el instrumento brasileño. (Kristofferzon & Ternesten-Hasséus, 2013). Además en la población brasileña presentó una validez y fiabilidad confiable para valorar calidad de vida en pacientes con problemas osteomusculares. (Giordano, Alexandre, Rodrigues, & Coluci, 2012)

El SF-36 fue comparado con el instrumento brasileño Nottingham Health Profile (NHP) en relación a AM con discapacidad, se reveló que el NHP presentó alto nivel de consistencia y fiabilidad en comparación con el SF-36 para valorar la calidad de vida en personas mayores brasileñas. (Faria et al., 2011). La comparación entre los siguientes formularios como el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) y SF-36 realizada en una población española en pacientes con insuficiencia cardiaca, durante las 24 semanas de evaluación el KCCQ, presentó validez, fiabilidad y sensibilidad en relación a los demás instrumentos. (Comín-Colet et al., 2011)

CAPITULO III

3.1. METODOLOGIA

3.1.1 Universo

El universo estuvo constituido por todos los adultos mayores que acudieron a la consulta externa del Distrito de Salud 13 D O2. El departamento de admisión emitió un total de 2761 pacientes atendidos en el año 2015.

3.1.2 Muestra

Según el cálculo muestral se trabajó con 304 adultos mayores, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 (N-1)) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.95 \cdot 2761}{(0.0025 \cdot 2760) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.95}$$

$$n = \frac{3.84 \cdot 0.5 \cdot 0.95 \cdot 2761}{6.9 + 3.84 \cdot 0.5 \cdot 0.95}$$

$$n = \frac{2650.56}{6.9 + 1.82}$$

$$n = \frac{2650.56}{8.72}$$

$$n = 304$$

3.1.3 Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 65 años en adelante.
- Que pertenezcan al área de influencia de los Centro de salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro.

- Que acepten en forma voluntaria ser parte del estudio firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no deseen ser parte del estudio.
- Pacientes que no pertenezcan al área de influencia de los Centros de salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro.
- Pacientes con alteraciones del estado cognitivo que no le permita contestar la encuesta.

3.1.4. Tipo de estudio

El tipo de estudio a realizar es analítico de corte transversal.

3.1.5. Recolección de datos

Se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión, de los adultos mayores que acudan a las consultas de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública que corresponden a la Parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta.

Según calculadora de tamaño de muestras, de Creative Research Systems (The Survey Systems), una muestra representativa será de 304 personas, con intervalo de confianza de 95 %.

Previo a la obtención de datos se obtuvo la autorización del Director del distrito y de los responsables de los Centros de salud, con la firma del consentimiento informado de los participantes en el estudio.

La recolección de datos se realizó en primer lugar con una encuesta general para lo que corresponde a datos sociodemográficos y posteriormente por medio de la aplicación de un instrumento de medición de la calidad de vida relacionado a la salud que es el cuestionario SF-36, a los adultos mayores, previo a la entrega de información acerca del mismo.

Se escogió el cuestionario SF-36, por ser uno de los instrumentos de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) más utilizado y evaluado, siendo el de mayor potencial para valorarla.

Se compone de 36 preguntas que valoran los estados positivos y negativos de la salud. Cubre 8 escalas que son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental. Más un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior.

3.1.6. Operacionalización de las variables

Tabla No 3. Operacionalización de las variables (ver anexo 2)

3.1.7. Instrumentos de medida utilizados en el estudio

Para la recolección de la información se realizó una encuesta socio demográfica y luego se realiza la encuesta SF36 para establecer el estado de salud.

Cuestionario SF – 36

Este cuestionario tiene 36 ítems, explora 8 dimensiones del estado de salud: función física, rol físico, dolor corporal, y salud general; vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, resumidos en un componente físico y mental.

3.1.8. Plan de análisis de datos

Análisis univariado.- se lo realizó en las variables relacionadas a los pacientes, presentes en la muestra seleccionada usando proporción, porcentaje y razones.

Análisis bivariado.- se usó chi cuadrado y valor p para la significancia. Para valorar la fuerza de la asociación se utilizó la razón de prevalencias (OR) y se empleó un intervalo de confianza 95% (IC95%) para la significancia estadística.

3.1.9 Aspectos bioéticos

La información ética de la investigación, se siguió los preceptos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y se garantizó la confidencialidad de los participantes. La investigación se realizó previa firma del consentimiento informado por los pacientes de las unidades asignadas. Se llevó a cabo un procedimiento de consentimiento informado anónimo que permitió hacer voluntaria la participación.

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Descripción de variables sociodemográficas de los participantes del estudio

En la población participante del estudio, 260 (85,5%; IC_{95%} 81-89,2) adultos mayores tienen bajo nivel educativo. Las personas de edad avanzada tuvieron alto nivel educativo fueron 44 (14,5; IC_{95%} 10,8-19,1). Una comparación detallada se observa en la tabla 1.

Tabla No 1. Distribución de variables sociodemográficas, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016

| Variable | Categoría | "n" | % | IC95% |
|------------------------|-----------------------|-----|------|-----------|
| Sexo | Femenino | 201 | 66,1 | 60,5-71,4 |
| | Masculino | 103 | 33,9 | 28,6-39,5 |
| Edad | < 80 años | 237 | 78 | 72,8-82,4 |
| | > 80 años | 67 | 28 | 17,6-27,2 |
| Casado | Si | 87 | 28,6 | 23,7-34,1 |
| | No | 217 | 71,4 | 65,9-76,3 |
| Nivel educativo | Bajo | 260 | 85,5 | 81-89,2 |
| | Alto | 44 | 14,5 | 10,8-19,1 |
| Recibe bono | Si | 131 | 43,1 | 37,5-48,9 |
| | No | 173 | 56,9 | 51,1-62,5 |
| Bajo ingreso económico | Si | 254 | 83,6 | 78,8-87,4 |
| | No | 50 | 16,4 | 12,6-21,2 |
| Tiene comorbilidades | Si | 199 | 65,5 | 59,8-70,7 |
| | No | 105 | 34,5 | 29,3-40,2 |
| | No | 105 | 34,5 | 29,3-40,2 |
| | Hipertensión | 108 | 35,5 | 30,2-41,2 |
| Tipo morbilidad | Diabetes | 30 | 9,9 | 6,9-13,9 |
| | Hipotiroidismo | 7 | 2,3 | 1-4,9 |
| | Hipertensión/diabetes | 47 | 15,5 | 11,9-20,1 |
| | Otras | 7 | 2,3 | 1-4,9 |
| Años de enfermedad | <10 años | 218 | 71,7 | 66,2-76,6 |
| | > 10 años | 86 | 28,3 | 22,4-33,8 |

| | | | | |
|--------------------------------|----|-----|------|-----------|
| Tiene residencia propia | SI | 213 | 70,1 | 64,5-75,1 |
| | No | 91 | 29,9 | 24,9-35,5 |
| Vive con pareja | SI | 122 | 40,1 | 34,6-45,9 |
| | NO | 182 | 59,9 | 54,1-65,4 |
| Toma medicación | Si | 184 | 60,5 | 54,8-66 |
| | No | 120 | 39,5 | 39,9-45,2 |
| Toma antihipertensivos | SI | 145 | 47,7 | 42-53,5 |
| | NO | 159 | 52,3 | 46,5-58 |
| Toma hipoglucemiantes | Si | 76 | 25 | 20,3-30,3 |
| | No | 228 | 75 | 69,7-79,7 |

IC95%: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio “Análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los centros de salud pertenecientes al ministerio de salud pública del ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de julio al mes de agosto del año 2016.

Elaborado por: Cedeño I; Delgado E.

4.1.2. Resultados de las variables del cuestionario SF- 36.

Según la información mostrada en la tabla 2, tener mejor estado de salud de acuerdo al SF-36 mental obtuvo mayor proporción con 79,9% (IC_{95%} 74,9-84,2, n=243 versus 20,1% IC_{95%} 15,8-25,1; n=61)

Tabla No 2 Resultados de las variables del cuestionario SF-36, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016

| Variable | Categoría | "n" | % | IC_{95%} |
|----------------------------------|-----------------------|------------|----------|-------------------------|
| SF 36- salud física | Peor estado de salud | 95 | 31,3 | 26,2-36,8 |
| | Mejor estado de salud | 209 | 68,7 | 63,2-73,8 |
| SF-36 salud mental | Peor estado de salud | 61 | 20,1 | 15,8-25,1 |
| | Mejor estado de salud | 243 | 79,9 | 74,9-84,2 |
| SF-36 transición de salud | Peor estado de salud | 87 | 28,6 | 23,7-34,1 |
| | Mejor estado de salud | 217 | 71,4 | 65,9-76,3 |

IC95%: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio “Análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los centros de salud pertenecientes al ministerio de salud pública del ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de julio al mes de agosto del año 2016.

Elaborado por: Cedeño I; Delgado E.

4.1.3. Asociación entre calidad de vida SF-36-FISICA y características sociodemográficas de los participantes en el estudio

En la tabla 3, se revela que existe relación entre las variables edad y calidad de vida (SF 36 física), (X^2 20,2; $p= 0,000006$). Se presentó una probabilidad de presentar un mejor estado de salud física en individuos menores de 80 años frente a los mayores de 80 años es de 3,55 veces mayor OR 3,5; IC_{95%} 1,99-6,15.

El estado civil se relacionó a la calidad de vida de forma significativa (X^2 7,77; $p= 0,005$), la probabilidad de 2,3 veces mayor de presentar un mejor estado de salud en adultos mayores casados frente a los que no eran casados, con OR 2,31; IC_{95%} 1,27-4,20.

El nivel educativo presentó asociación significativa con calidad de vida, (X^2 5,63; $p= 0,01$). La probabilidad de presentar un mejor estado de salud en adultos mayores con alto nivel educativo frente a los que tiene bajo nivel educativo con OR 0,36; IC_{95%} 0,15-0,86.

Las personas que reciben bono y mejor calidad de vida presentaron asociación significativa (X^2 6,32; $p= 0,01$). Los adultos mayores que no reciben bono se asocian a tener un inadecuado estado de salud.

Tener pareja tuvo una asociación significativa en relación calidad de vida (X^2 9,36; $p= 0,002$). La probabilidad de tener un adecuado estado de salud en personas mayores con parejas frente a las que no tienen pareja es 2,2 veces mayor con OR 2,25; IC_{95%} 1,33-3,81.

Otras características demográficas no llegaron a la significancia estadística.

Tabla No 3. Relación entre las variables sociodemográficas y Calidad de vida (SF 36 salud física), en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016.

| Variable | | Calidad de vida (SF 36- salud física) | | | | | |
|--------------------------------|-----------|---------------------------------------|----------------------|------|-----------|----------------|-----------------|
| | | Mejor estado de salud | Peor estado de salud | OR | IC95% | X ² | Valor p |
| Sexo | Femenino | 138(68,7%) | 63 (31,3%) | | | 0,0024 | 0,96 |
| | Masculino | 71 (68,9%) | 32 (31,1%) | | | | |
| Edad | < 80 años | 178 (75,1%) | 59(24,9%) | 3,5 | 1,99-6,15 | 20,21 | 0,000006 |
| | > 80 años | 31 (46,3%) | 36 (53,7%) | | | | |
| Casado | Si | 70(80,5%) | 17(19,5%) | 2,31 | 1,27-4,20 | 7,77 | 0,005 |
| | No | 139 (64,1%) | 78 (35,9%) | | | | |
| Nivel educativo | Bajo | 172(66,2%) | 88 (33,9%) | 0,36 | 0,15-0,86 | 5,63 | 0,01 |
| | Alto | 37 (84,1%) | 7 (15,9%) | | | | |
| Recibe bono | Si | 80 (61,1%) | 51 (38,9%) | 0,53 | 0,32-0,87 | 6,32 | 0,01 |
| | No | 129(74,6%) | 44(25,4%) | | | | |
| Bajo ingreso económico | Si | 169(66,5%) | 85 (33,5%) | | | 3,52 | 0,06 |
| | No | 40(80%) | 10(20%) | | | | |
| Tiene comorbilidades | Si | 132(66,3%) | 67(43,7%) | | | 1,56 | 0,21 |
| | No | 77(73,3%) | 28(26,7%) | | | | |
| Es diabético | Si | 53 (68,8%) | 24 (31,2%) | | | 0,0003 | 0,98 |
| | No | 156(68,7%) | 71 (31,3%) | | | | |
| Es hipertenso | Si | 104 (67,1%) | 51 (32,9%) | | | 0,402 | 0,52 |
| | No | 105 (70,5%) | 44 (29,5 %) | | | | |
| Años de enfermedad | <10 años | 158 (72,5%) | 60 (27,5%) | 1,8 | 1,07-3,04 | 4,98 | 0,02 |
| | > 10 años | 51 (59,3 %) | 35 (40,7%) | | | | |
| Tiene residencia propia | SI | 149 (69,9 %) | 64 (30,1 %) | | | 0,47 | 0,48 |
| | No | 60 (65,9%) | 31 (34,1 %) | | | | |
| Vive con pareja | SI | 96(78,7%) | 26 (21,3 %) | 2,25 | 1,33-3,81 | 9,36 | 0,002 |
| | NO | 113 (62,1%) | 69 (37,9%) | | | | |
| Toma medicación | Si | 126(68,5 %) | 58 (31,5 %) | | | 0,016 | 0,89 |
| | No | 83 (69,2%) | 37 (30,8%) | | | | |
| Toma antihipertensivos | SI | 98 (67,6 %) | 47 (32,4%) | | | 0,17 | 0,67 |
| | NO | 111 (69,8%) | 48 (30,2 %) | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|----|------------|-----------|------|------|
| Toma hipoglucemiantes | Si | 54 (71 %) | 22 (29 %) | 0,25 | 0,61 |
| | No | 155 (68 %) | 73 (32%) | | |

IC95%: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio “Análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los centros de salud pertenecientes al ministerio de salud pública del ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de julio al mes de agosto del año 2016.

Elaborado por: Cedeño I; Delgado E.

4.1.4 Asociación entre calidad de vida SF-36-MENTAL y características sociodemográficas de los participantes en el estudio

En la tabla 4, se observa que la relación entre tener pareja y mejor calidad de vida (SF-36 mental) es estadísticamente significativa (X^2 11,25; $p= 0,0007$). El OR 3, IC_{95%} 1,54-5,82, es decir tener 3 veces la probabilidad de tener una adecuada calidad de vida en adultos mayores con pareja en relación a los que no tiene pareja. Las demás características no tuvieron significancia estadística.

Tabla No 4. Relación entre las variables sociodemográficas y Calidad de vida (SF 36 salud mental), en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016.

| Variable | Calidad de vida (SF 36- salud mental) | | | OR | IC95% | X ² | Valor P |
|---------------|---------------------------------------|----------------------|-------------|----|-------|----------------|---------|
| | Mejor estado de salud | Peor estado de salud | | | | | |
| Sexo | Femenino | 160 (79,6%) | 41 (20,4 %) | | | 0,04 | 0,83 |
| | Masculino | 83 (80,6%) | 20 (19,4%) | | | | |
| Edad | < 80 años | 194 (81,9%) | 43 (18,1%) | | | 2,47 | 0,11 |
| | > 80 años | 49 (73,1%) | 18 (26,9%) | | | | |
| Casado | Si | 75 (86,2%) | 12 (13,8 %) | | | 2,98 | 0,08 |

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|--------------|-------------|---|-----------|---------------|
| | No | 168 (77,4%) | 49 (22,6%) | | | |
| Nivel educativo | Bajo | 206 (79,2 %) | 54 (20,8%) | | | |
| | Alto | 37 (84,1 %) | 7 (15,9%) | | 0,55 | 0,45 |
| | | | | | | |
| Recibe bono | Si | 102 (77,9%) | 29 (22,1 %) | | | |
| | No | 141 (81,5%) | 32 (18,5 %) | | 0,61 | 0,43 |
| Bajo ingreso económico | Si | 202 (79,5 %) | 52 (20,5%) | | | |
| | No | 41 (82%) | 9 (18%) | | 0,15 | 0,68 |
| Tiene comorbilidades | Si | 156 (78,4 %) | 43 (21,6%) | | | |
| | No | 87 (82,9%) | 18 (17,1%) | | 0,85 | 0,35 |
| Es diabético | Si | 58 (75,3 %) | 19 (24,7%) | | | |
| | No | 185 (81,5%) | 42 (18,5 %) | | 1,36 | 0,24 |
| Es hipertenso | Si | 124 (80%) | 31 (20%) | | | |
| | No | 119 (79,9%) | 30 (20,1%) | | 0,0009 | 0,97 |
| Años de enfermedad | <10 años | 176 (80,7%) | 42 (19,3 %) | | | |
| | > 10 años | 67 (77,9%) | 19 (22,1%) | | 0,307 | 0,57 |
| Tiene residencia propia | SI | 171 (80,3%) | 42 (19,7 %) | | | |
| | No | 72 (79,1%) | 19 (20,9%) | | 0,053 | 0,81 |
| Vive con pareja | SI | 109 (89,3%) | 13 (10,7%) | 3 | 1,54-5,82 | 11,25 |
| | NO | 134 (73,6%) | 48 (26,4 %) | | | 0,0007 |
| Toma medicación | Si | 148 (80,4%) | 36 (19,6 %) | | | |
| | No | 95 (79,2%) | 25 (20,8 %) | | 0,072 | 0,78 |
| Toma antihipertensivos | SI | 115 (79,3%) | 30 (20,7 %) | | | |
| | NO | 128 (80,5%) | 31 (19,5%) | | 0,067 | 0,79 |
| Toma hipoglucemiantes | Si | 57 (75%) | 19 (25%) | | | |
| | No | 186 (81,5%) | 42 (18,4%) | | 1,53 | 0,21 |

IC95%: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio "Análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los centros de salud pertenecientes al ministerio de salud pública del Ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de julio al mes de agosto del año 2016.

Elaborado por: Cedeño I; Delgado E.

4.1.5 Asociación entre calidad de vida SF-36-Transición de salud y características sociodemográficas de los participantes en el estudio

En la tabla 5, se revela que la relación entre edad y calidad de vida (SF-36 transición de salud) es estadísticamente significativa (X^2 9,04; $p= 0,002$). Los pacientes que tiene menos de 65 años son menos propensos a tener mala calidad de vida transición.

Las personas que reciben bono presentó asociación significativa con calidad de vida de forma significativa (X^2 3,7; $p= 0,05$), indica que los pacientes que reciben bono son menos propensos a presentar mala calidad de vida en relación a los que no reciben bono.

Se observa asociación significativa entre años de enfermedad y calidad de vida (transición de salud) (X^2 10,29; $p= 0,001$). El OR es de 2,35, es decir que es más probable que los pacientes que tienen menos de 10 años de evolución de enfermedad no tengan mala calidad de vida.

Tener pareja tuvo una asociación significativa en relación en tener mejor estado de transición de salud (X^2 4,19; $p= 0,04$). Otras características demográficas no llegaron a la significancia estadística.

Tabla No 5. Relación entre las variables sociodemográficas y Calidad de vida (SF 36 transición de salud), en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016.

| Variable | Calidad de vida (SF 36- transición de salud) | | | | X^2 | Valor p |
|----------|--|----------------------|-------------|-------|-----------|---------|
| | Mejor estado de salud | Peor estado de salud | OR | IC95% | | |
| Sexo | Femenino | 143 (71,1 %) | 58 (28,9%) | | 0,016 | 0,89 |
| | Masculino | 74 (71,8 %) | 29 (28,2 %) | | | |
| Edad | < 80 años | 179(75,5%) | 58 (24,5%) | 2,35 | 1,33-4,15 | 9,04 |
| | > 80 años | 38 (56,7 %) | 29 (43,3 %) | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|--------------|-------------|--------|-----------|-------|--------------|
| Casado | Si | 65 (74,7%) | 22 (25,3 %) | 0,66 | 0,41 | | |
| | No | 152 (70%) | 65 (30%) | | | | |
| Nivel educativo | Bajo | 182 (70%) | 78 (30%) | 1,67 | 0,19 | | |
| | Alto | 35 (79,5%) | 9 (20,5%) | | | | |
| Recibe bono | Si | 86 (65,6%) | 45 (34,4 %) | 0,61 | 0,37-1,01 | 3,7 | 0,05 |
| | No | 131 (75,7%) | 42 (24,3 %) | | | | |
| Bajo ingreso económico | Si | 180(70,9%) | 74 (29,1%) | 0,2008 | 0,65 | | |
| | No | 37 (74%) | 13 (26%) | | | | |
| Tiene comorbilidades | Si | 138 (69,3%) | 61 (30,7%) | 1,16 | 0,27 | | |
| | No | 79 (75,2%) | 26 (24,8%) | | | | |
| Es diabético | Si | 55(71,4%) | 22 (28,6%) | 0,0001 | 0,99 | | |
| | No | 162 (71,4%) | 65 (28,6%) | | | | |
| Es hipertenso | Si | 108 (69,7 %) | 47 (30,3%) | 0,449 | 0,5 | | |
| | No | 109 (73,2 %) | 40 (26,9%) | | | | |
| Años de enfermedad | <10 años | 165 (76,6%) | 51 (23,4%) | 2,35 | 1,38-4,00 | 10,29 | 0,001 |
| | > 10 años | 50 (58,1 %) | 36 (41,9%) | | | | |
| Tiene residencia propia | SI | 156 (73,2%) | 57 (26,8%) | 1,202 | 0,27 | | |
| | No | 61 (67%) | 30 (33%) | | | | |
| Vive con pareja | SI | 95 (77,9%) | 27 (22,1%) | 1,73 | 1,02-2,92 | 4,19 | 0,04 |
| | NO | 122 (67%) | 60 (33%) | | | | |
| Toma medicación | Si | 129 (70,1 %) | 55 (29,9%) | 0,36 | 0,54 | | |
| | No | 88 (73,3 %) | 32 (26,7 %) | | | | |
| Toma antihipertensivos | SI | 100 (69%) | 45 (31 %) | 0,79 | 0,37 | | |
| | NO | 117 (73,6 %) | 42 (26,4%) | | | | |
| Toma hipoglucemiantes | Si | 21 (27,6 %) | 55 (72,4%) | 0,04 | 0,82 | | |
| | No | 66 (29%) | 162 (71 %) | | | | |

IC95%: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio “Análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los centros de salud pertenecientes al ministerio de salud pública del Ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de julio al mes de agosto del año 2016.

Elaborado por: Cedeño I; Delgado E.

4.1.6. Asociación entre calidad de vida SF-36 y características sociodemográficas de los participantes en el estudio

En la tabla 6, se observa que la relación entre la edad y calidad de vida (SF-36) es estadísticamente significativa (X^2 12,5; $p= 0,0003$). Se presentó una asociación dos veces

mayor entre tener menos de 80 años y calidad de vida (SF-36), relación que tuvo significancia estadística (OR 2,67; IC_{95%} 1,53-4,64).

El estado civil se relacionó a la calidad de vida de forma significativa (X^2 8,55; $p= 0,003$).

Indica que las pacientes casadas son menos propensas a presentar mala calidad de vida en relación a los otros estados civiles de los participantes

El nivel educativo y calidad de vida presentaron asociación significativa (X^2 3,77; $p= 0,05$). Las personas que tienen alto nivel educativo son menos propensas a presentar mala calidad de vida.

Los adultos mayores que reciben bono se asocian a tener mejor calidad de vida (X^2 4,61; $p= 0,03$). Las personas que perciben bono son menos propensas a tener mala calidad de vida

Tener pareja tuvo una asociación significativa en relación en tener mejor calidad de vida (X^2 12,28; $p= 0,0004$). Otras características demográficas no llegaron a la significancia estadística.

Tabla No 6. Relación entre las variables sociodemográficas y Calidad de vida (SF 36), en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia Eloy Alfaro de Manta, los meses de julio y agosto del 2016.

| Variable | | Calidad de vida (SF 36) | | | | | |
|--------------------------------|-----------|-------------------------|----------------------|------|-----------|----------------|---------------|
| | | Mejor estado de salud | Peor estado de salud | OR | IC95% | X ² | Valor p |
| Sexo | Femenino | 125 (62,2%) | 76 (37,8%) | | | 0,03 | 0,86 |
| | Masculino | 63 (61,2%) | 40 (38,8%) | | | | |
| Edad | < 80 años | 159(67,1%) | 78 (32,9%) | 2,67 | 1,53-4,64 | 12,54 | 0,0003 |
| | > 80 años | 29 (43,3 %) | 38 (56,7%) | | | | |
| Casado | Si | 65 (74,7%) | 22 (25,3%) | 2,25 | 1,29-3,92 | 8,55 | 0,003 |
| | No | 123 (56,7%) | 94 (43,3 %) | | | | |
| Nivel educativo | Bajo | 155 (59,6 %) | 105 (40,4%) | 0,49 | 0,23-1,01 | 3,77 | 0,05 |
| | Alto | 33 (75%) | 11 (25%) | | | | |
| Recibe bono | Si | 72 (55%) | 59 (45%) | 0,59 | 0,37-0,95 | 4,61 | 0,03 |
| | No | 116 (67%) | 57 (33%) | | | | |
| Bajo ingreso económico | Si | 152 (59,9%) | 102 (40,2%) | | | 2,61 | 0,1 |
| | No | 36 (72%) | 14 (28 %) | | | | |
| Tiene comorbilidades | Si | 117(58,8%) | 82 (41,2%) | | | 2,26 | 0,13 |
| | No | 71 (67,6 %) | 34 (32, 4 %) | | | | |
| Es diabético | Si | 45 (58,4 %) | 32 (41,6 %) | | | 0,5 | 0,47 |
| | No | 143 (63 %) | 84 (37 %) | | | | |
| Es hipertenso | Si | 93 (60%) | 62 (40%) | | | 0,45 | 0,5 |
| | No | 95 (63,8 %) | 54 (36,2 %) | | | | |
| Años de enfermedad | <10 años | 141 (64,7 %) | 77 (35,3 %) | | | 2,62 | 0,1 |
| | > 10 años | 47 (54,6%) | 39 (45,4%) | | | | |
| Tiene residencia propia | SI | 133 (62,4%) | 80 (37,6%) | | | 0,1 | 0,74 |
| | No | 55 (60,4%) | 36 (39,6%) | | | | |
| Vive con pareja | SI | 90 (73,8%) | 32 (26,2%) | 2,41 | 1,46-3,96 | 12,28 | 0,0004 |
| | NO | 98 (53,9%) | 84 (46,1%) | | | | |
| Toma medicación | Si | 71 (38,6%) | 113 (61,4 %) | | | 0,03 | 0,84 |
| | No | 45 (37,5%) | 75(62,5%) | | | | |
| Toma antihipertensivos | SI | 87(60%) | 58 (40%) | | | 0,39 | 0,52 |
| | NO | 101 (63,5%) | 58 (36,5%) | | | | |
| Toma hipoglucemiantes | Si | 46 (60,5%) | 30 (39,5%) | | | 0,07 | 0,78 |
| | No | 142 (62,2 %) | 86 (37,7%) | | | | |

IC95%: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio “Análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los centros de salud pertenecientes al ministerio de salud pública del Ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de julio al mes de agosto del año 2016.

Elaborado por: Cedeño I; Delgado E.

CAPITULO V.

5.1. DISCUSIÓN

La presente investigación se orientó en la percepción de la calidad de vida en relación a la salud de los adultos mayores, verificar si está influenciada por los factores sociodemográficos con la valoración del cuestionario SF-36. La prevalencia de la calidad de vida adecuada en los participantes fue de 61,8%, en la que destacó por alta proporción fue SF-36 mental con 243 (79,9%; IC95% 74,9-84,2). Resultados similares con el estudio realizado por Vilagut et al, en una población española. (Vilagut et al., 2015), se demostró que dentro de las categorías del instrumento SF-36, la mental tiene un impacto en la percepción de los participantes en relación a la física y transición.

En el presente estudio se revela que los participantes con mayor proporción fueron los menores de 80 años para un 78% y en cuanto al sexo es mayor la presencia de mujeres adultas mayores con un 66,1%. Resultados semejantes a el estudio realizado en el Policlínico de Manzanillo que encontraron datos de rangos de edad 60-69 años con un 36,5% y adultas femeninas con 62,8%. (Alfonso Figueroa, Soto Carballo, Fernández, & Alina, 2016). En la investigación se encontró que no existe significancia estadística entre hombres y mujeres mayores sobre la percepción de la calidad de vida, resultados comparativos con el estudio en la población de Galicia (España) realizado por Lorenzo et al; (Lorenzo & Juste, 2013) que demostró que los varones tienen mejor percepción en relación a las mujeres.

Las adultas mayores mujeres 54,2%; demostraron tener mayor riesgo y problema social en relación a los hombres, incrementándose con la edad (65-74 años 68,4%) y bajo nivel educativo (60,4%; $p = <0,05$), factores representativos que aumentan los índices de mortalidad en este grupo poblacional, debido a la vulnerabilidad y disminución de la capacidad funcional, resultados realizados en Colombia por (Villarreal Amarís & Month Arrieta, 2012). Mujeres adultas hipertensas entre 60 a 74 años de edad se asociaron significativamente con la calidad de vida (RP = 1,67, IC al 95%: 1,27-2,19). (García-Castañeda, Cardona-Arango, Segura-Cardona, & Garzón-Duque, 2016)

En la población participante del presente estudio, 260 (85,5%; IC_{95%} 81-89,2) adultos mayores que tienen bajo nivel educativo, presentó asociación significativa (OR= 0,49; IC_{95%}= 0,23-1,01; $\chi^2 = 3,77$; valor $p = <0,05$), y estas condiciones repercuten en la percepción de calidad de vida de los pacientes. Similares resultados en el estudio argentino realizado por Tuñón et al, (Tuñón & Halperin, 2010), que demostraron que el nivel de instrucción deficiente implica repercusiones en la percepción de la calidad de vida de los argentinos, de acuerdo a los resultados presentan mejoras en la educación de los pacientes en atención primaria.. Alvarez y cols; (Álvarez et al., 2012) realizaron un estudio en una población mexicana donde revelaron y además apoyan que el nivel de educación influye en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores. Los resultados del estudio chileno hecho por Arellano y cols, afirman que los adultos que tienen nula o poco nivel de instrucción influyen en su percepción de salud. (Arellano Levicoy, Galdames, & others, 2011).

La relación entre la edad y calidad de vida (SF-36) es estadísticamente significativa (X^2 12,5; $p= 0,0003$). Se presentó una asociación dos veces mayor entre tener menos de 80 años y calidad de vida (SF-36), relación que tuvo significancia estadística (OR 2,67; IC_{95%} 1,53-4,64). Datos similares a los encontrados por Daza (Daza & Cindy, 2015), en una población boliviana menor de 65 años que presentaban mejor percepción de calidad de vida en relación a los mayores de 65 años. Otro estudio realizado por Lorenzo et al; (Lorenzo & Juste, 2013) que apoya los resultados, reveló que en los adultos mayores entre 65 y 75 años, su percepción de calidad de vida es más optimista que en los participantes con edades superiores a 75 años. Con lógica, a mayor edad las personas mayores expresan peor percepción de su dimensión física y lo contemplan con pesimismo cuando se relacionan con otras enfermedades tales como artrosis ($p = 0,014$), asma ($p = 0,054$) o depresión ($p = 0,041$).

La calidad de vida fue encontrada como buena entre los adultos mayores de 65 a 80 años de edad 80,4%, ($p= 0,007$) y mala calidad de vida en adultos mayores de 80 años ($\chi^2= 10,87$; valor $p= <0,05$); en el estudio cuencano realizado por Siguenza et al, (Siguenza Pacheco, Siguenza Pereira, & Sinche Cedillo, 2014), se confirman los resultados del estudio. Un estudio con resultados comparativos realizado en un pueblo mexicano por Villegas y cols, (Villegas-Vázquez & Montoya-Arce, 2014), en una población rural de ancianos mayores de 60 años de edad, sustentan que los participantes presentan limitaciones al llegar a esta edad, debido a las situaciones de dependencia tales como físicas, mentales, emocionales, social y económica, factores implicados en la percepción de la calidad de vida.

El estado civil especialmente los casados, se relacionó con tener una mejor percepción en relación a la calidad de vida de forma significativa (X^2 8,55; $p= 0,003$). Resultados semejantes a un estudio español en un pueblo rural galiciano por Lorenzo et al; (Lorenzo & Juste, 2013), donde observó que las personas adultas mayores casadas tienen una percepción positiva en relación a los viudos ($p = 0,02$). El estudio realizado por Loredó et al; (Loredó-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, Palomé-Vega, & Juárez-Lira, 2016), afirma que en los adultos casados, el 67.2% se relacionó con buen nivel de percepción de la calidad de vida. El estudio realizado por Herrera en Colombia con resultados distantes, (Herrera et al., 2015), en que la población con mayor proporción era soltero (57,6%), se evidenció con repercusiones en el bienestar y calidad de vida de la personas estudiadas.

Los adultos mayores que reciben bono o aporte económico se asocian significativamente a tener mejor percepción en la calidad de vida (X^2 4,61; $p= 0,03$). Las personas que perciben bono son menos propensos a tener mala calidad de vida. Resultados similares en el estudio realizado por Olivi et al; (Olivi, Fadda Cori, & Pizzi Kirschbaum, 2015), donde observó que la percepción de la situación socioeconómica y el ingreso familiar de los adultos mayores repercute en la calidad de vida, en relación a los que no percibían ingresos económicos. Observaciones similares demostradas por Brenes et al; (Brenes-Camacho, 2013) sobre la importancia del factor económico en los adultos mayores para la solvencia de sus gastos especialmente de tipo farmacológico, es decir, al no contar con el sustento económico ven condicionado el poder mejorar sus dolencias.

La pobreza o estrato socioeconómico bajo o nulo (RP = 2,54, IC al 95%: 0,85-7,57), se relaciona con la enfermedad, por ende con la percepción de su salud. (García-Castañeda et al., 2016). Los ingresos y bienes en los adultos mayores cuando se ven afectados se ha comprobado que influye en la calidad perceptiva de la salud de este grupo poblacional. (Madrigal-Martinez, 2010).

Los adultos mayores que tienen pareja presentaron una asociación significativa en relación en tener mejor calidad de vida (X^2 12,28; $p= 0,0004$) frente a las personas que no conviven con nadie. Resultados similares a los encontrados por Siguenza et al, (Siguenza Pacheco et al., 2014), el 20,8% (valor $p= 0,02$) en relación a lo que viven solos. El estudio efectuado en el pueblo mexicano de Querétaro por Loredó et al; (Loredó-Figueroa et al., 2016), reveló que los adultos que vivían con sus esposas tenían mejor percepción en su salud. El estudio chileno realizado por Arellano y cols; (Arellano Levicoy et al., 2011) demostró resultados comparativos donde la población de adultos mayores viudos disminuyen su percepción de calidad de vida básicamente por el factor soledad.

CAPITULO VI

6.1. CONCLUSIONES

La percepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta en el 61,8% de los casos es buena, sin embargo el 38,2 consideró tener mala calidad de vida. La mayor proporción fue dada por tener mejor estado de salud en la dimension salud mental entre los participantes, en relación a las dimensiones físicas y de transición.

Los adultos mayores femeninos predominaron en la población participante 66,1%, sobre los masculinos una relación 2:1. Las personas menores de 80 años obtuvieron una prevalencia de 81,9%. La presencia de bajo nivel educativo 85,5% con una relación de 6:1 sobre niveles superiores de educación. El estado civil que predominó fue ser casado 28,6%.

Se observó asociación estadística significativa en los siguientes factores sociodemográficos: adultos mayores casados (X^2 8,55; $p= 0,003$) en relación a los otros estados civiles, nivel educativo (X^2 3,77; $p= 0,05$) es decir tener alto nivel, reciben bono (X^2 4,61; $p= 0,03$) y tener pareja (X^2 12,28; $p= 0,0004$) para tener mejor calidad de vida en los participantes del estudio.

6.2. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud Pública debe actualizar o adaptar nuevos modelos de atención en los adultos mayores, para hacer frente a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas en la vejez, así como al aumento de las discapacidades y dependencias que resultan de ellas.

Los profesionales de la salud especialmente los Médicos familiares que proporcionamos cuidado a los adultos mayores, debemos realizar enfoque biopsicosocial para que las intervenciones realizadas den resultados positivos en la calidad de vida relacionado a la salud de los ancianos y propiciar un envejecimiento exitoso.

Es conveniente realizar nuevos estudios en esta temática con análisis exhaustivo, que permitan generar políticas intervencionistas multidisciplinarias en beneficio de las personas adultas mayores con percepciones de calidad de vida deficiente y fomentar estrategias que contribuyan al bienestar general de lo ancianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alfonso Figueroa, L., Soto Carballo, D., Fernández, S., & Alina, N. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1), 0-0.
- Alonso, F. G. (2011). Los estudios sobre el descenso histórico de la fecundidad en España y sus pautas territoriales: un estado de la cuestión. *Biblio 3w: revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales*, 16. Recuperado a partir de <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-931.htm>
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62.
- Álvarez, S., Arturo, M. R., Zárate Grajales, M. R. A., Zarza Arizmendi, M. M. D., Reyes Audiffred, M. V., Domínguez, R., ... others. (2012). La calidad de vida en los adultos mayores y su percepción en la calidad de la atención de Enfermería. *Enfermería Universitaria*, 4(3). Recuperado a partir de <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30277>
- Arellano Levicoy, M. R., Galdames, A. M., & others. (2011). *Percepciones negativas que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Recuperado a partir de <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/2451>
- Armas, N., & Díaz, L. (2007). Entre voces y silencios: las familias por dentro. *Ediciones América*, cap, 7. Recuperado a partir de <http://www.semf.ec/joomlasemf/images/PROTOCOLOS/Familias%20por%20Dentro.pdf>

- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M. G. (2013). Defining quality of life: a wild-goose chase? *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185–203.
- Bilotta, C., Bowling, A., Nicolini, P., Casè, A., Pina, G., Rossi, S. V., & Vergani, C. (2011). Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 72. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-72>
- Blanco, W. G. T., Hernández, J. J. R., Hernández, A. M. L., Falco, E. R., Naite, O. F. A., Porro, E. M., ... Romero, J. F. V. (2014). Adaptación del cuestionario sf-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 15(1), 62–70.
- Brenes-Camacho, G. (2013). Factores socio-económicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos. *Ciencias economicas (San Jose, Costa Rica)*, 31(1), 153-167.
- Cabral, D. L., Laurentino, G. E. C., Damascena, C. G., Faria, C. D. C. M., Melo, P. G., & Teixeira-Salmela, L. F. (2012). Comparisons of the Nottingham Health Profile and the SF-36 health survey for the assessment of quality of life in individuals with chronic stroke. *Revista Brasileira De Fisioterapia (Sao Carlos (Sao Paulo, Brazil))*, 16(4), 301-308.
- Cardona Arango, D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 335–348.
- Cargua Pilco, M. P. (2012). Estrategia IEC para Disminuir el Síndrome de Adaptación en el Adulto Mayor del Centro Gerontológico Julia Mantilla de Corral Penipe-Chimborazo, Ecuador.

- Mayo–Octubre 2011. Recuperado a partir de <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/2049>
- Cevallos Sarzosa, M. A. (2013). Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la Parroquia de Conocoto, período 2011-2012 y sus efectos en la calidad de vida. Recuperado a partir de <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/handle/25000/1408>
- Comín-Colet, J., Garin, O., Lupón, J., Manito, N., Crespo-Leiro, M. G., Gómez-Bueno, M., ... Elosua, R. (2011). Validación de la versión española del Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. *Revista Española de Cardiología*, 64(1), 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2010.10.003>
- Davis, J. C., Bryan, S., Best, J. R., Li, L. C., Hsu, C. L., Gomez, C., ... Liu-Ambrose, T. (2015). Mobility predicts change in older adults' health-related quality of life: evidence from a Vancouver falls prevention prospective cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0299-0>
- Daza, A., & Cindy, V. (2015). CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 13(2), 152-182.
- DeSA, U. N. (2013). World population prospects: the 2012 revision. *Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, New York*.
- Ergin, I., & Mandiracioglu, A. (2015). Demographic and socioeconomic inequalities for self-rated health and happiness in elderly: the situation for Turkey regarding World Values Survey between 1990 and 2013. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 224-230. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.011>
- Espinosa, M. E., & others. (2011). Años de vida perdidos por Muerte Prematura por causas traumáticas en el Ecuador desde 1997 al 2009. Recuperado a partir de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/367>

- Faria, C. D. C. M., Teixeira-Salmela, L. F., Nascimento, V. B., Costa, A. P., Brito, N. D. P., & Rodrigues-De-Paula, F. (2011). Comparisons between the Nottingham Health Profile and the Short Form-36 for assessing the quality of life of community-dwelling elderly. *Revista Brasileira De Fisioterapia (Sao Carlos (Sao Paulo, Brazil))*, *15*(5), 399-405.
- Felce, D., & Perry, J. (2011). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, *16*(1), 51-74.
- Forte, R., Boreham, C. A. G., De Vito, G., & Pesce, C. (2015). Health and Quality of Life Perception in Older Adults: The Joint Role of Cognitive Efficiency and Functional Mobility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(9), 11328-11344. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911328>
- García-Castañeda, N. J., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á. M., & Garzón-Duque, M. O. (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de Cardiología*, *23*(6), 528-534. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.02.002>
- Gerland, P., Raftery, A. E., Ševčíková, H., Li, N., Gu, D., Spoorenberg, T., ... Wilmoth, J. (2014). World Population Stabilization Unlikely This Century. *Science (New York, N.Y.)*, *346*(6206), 234-237. <https://doi.org/10.1126/science.1257469>
- Giordano, P. C. M., Alexandre, N. M. C., Rodrigues, R. C. M., & Coluci, M. Z. O. (2012). The Pain Disability Questionnaire: a reliability and validity study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *20*(1), 76-83. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100011>
- Giuli, C., Papa, R., Bevilacqua, R., Felici, E., Gagliardi, C., Marcellini, F., ... Tirabassi, G. (2014). Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study. *BMC Public Health*, *14*(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-35>

- Guilfoyle, M. R., Seeley, H. M., Corteen, E., Harkin, C., Richards, H., Menon, D. K., & Hutchinson, P. J. (2010). Assessing quality of life after traumatic brain injury: examination of the short form 36 health survey. *Journal of Neurotrauma*, 27(12), 2173-2181. <https://doi.org/10.1089/neu.2010.1353>
- Gupta, A., Mohan, U., Tiwari, S. C., Singh, S. K., & Singh, V. K. (2014). Dimensions and determinants of quality of life among senior citizens of Lucknow, India. *International Journal of Medicine and Public Health*, 4(4). Recuperado a partir de /article/378
- Gutiérrez, C. C., Rubio, A. A., Borda, M. G., Samper-Ternent, R., Laverde, F. G., & Trujillo, D. L. (2016). Perception of health-related quality of life using the EURO-QOL in older adults in Bogotá, Colombia. *European Geriatric Medicine*, 7(4), 340-345. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.01.008>
- Herrera, E. M., Medrano, S. A., Coneo, M. G., Duitama, A. M., Hernández, T. M., Martínez, C. P., & Villadiego, T. R. (2015). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan*, 14(4). <https://doi.org/10.5294/2792>
- Jin, K. (2010). Modern Biological Theories of Aging. *Aging and Disease*, 1(2), 72-74.
- Khan, A. R., & Tahir, I. (2014). Influence of Social Factors to the Quality of Life of the Elderly in Malaysia. *Open Medicine Journal*, 1(1). <https://doi.org/10.2174/1874220301401010029>
- Kim, J.-H., Lee, S. G., Shin, J., Cho, K.-H., Choi, J.-W., & Park, E.-C. (2015). Effects of number and gender of offspring on quality of life among older adults: evidence from the Korean Longitudinal Study of Aging, 2006–2012. *BMJ Open*, 5(6), e007346. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007346>

- Kristofferzon, M.-L., & Ternesten-Hasséus, E. (2013). A study of two generic health-related quality of life questionnaires--Nottingham Health Profile and Short-Form 36 Health Survey--and of coping in patients with sensory hyperreactivity. *Health and Quality of Life Outcomes*, *11*, 182. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-182>
- Lin, X.-J., Lin, I.-M., & Fan, S.-Y. (2013). Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, *25*(1), 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.tcmj.2012.09.002>
- Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, *13*(3), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Lorenzo, M. C. R., & Juste, M. R. P. (2013). Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos sociosanitarios por personas mayores no institucionalizadas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *43*(6), 362–365.
- Madrigal-Martinez, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, *16*(63), 117-153.
- MontesDeOca-Zavala, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. Recuperado a partir de <http://rei.iteso.mx/handle/11117/235>
- Oliva, E. N., Nobile, F., Alimena, G., Ronco, F., Specchia, G., Impera, S., ... Latagliata, R. (2011). Quality of life in elderly patients with acute myeloid leukemia: patients may be more accurate than physicians. *Haematologica*, *96*(5), 696-702. <https://doi.org/10.3324/haematol.2010.036715>

- Olivi, A., Fadda Cori, G., & Pizzi Kirschbaum, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de población*, 21(84), 227-249.
- Ostojic, S., Stevanovic, D., & Jancic, J. (2016). Quality of life and its correlates in adolescent multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 10, 57-62.
<https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.08.013>
- Paskulin, L. M. G., Córdova, F. P., Costa, F. M. da, & Vianna, L. A. C. (2010). Elders' perception of quality of life. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 101-107.
<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100016>
- Porto, D. B., Guedes, D. P., Fernandes, R. A., & Reichert, F. F. (2012). Perceived quality of life and physical activity in Brazilian older adults/Percepção da qualidade de vida e atividade física em idosos brasileiros. *Motricidade*, 8(1), 33.
- Post, M. W. M. (2014). Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), 167-180.
<https://doi.org/10.1310/sci2003-167>
- Potter, J., Cantarero, R., & Wood, H. (2012). The Multi-Dimensional Nature of Predicting Quality of Life. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 50, 781-790.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.08.080>
- Pucha, F., & Isabel, C. (2016). Percepción de los jóvenes universitarios sobre la vejez. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23404>
- Raftery, A. E., Li, N., Ševčíková, H., Gerland, P., & Heilig, G. K. (2012). Bayesian probabilistic population projections for all countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(35), 13915-13921.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1211452109>

- Siguenza Pacheco, M. B., Siguenza Pereira, C. A., & Sinche Cedillo, N. G. (2014). Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca, 2013. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20221>
- Silva, C. A. da, & Ferreira, M. C. (2013). Dimensions and indicators of quality of life and well-being at work. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), 331-339. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000300011>
- Tamburin, S., Federico, A., Faccini, M., Casari, R., Morbioli, L., Sartore, V., ... Lugoboni, F. (2017). Determinants of Quality of Life in High-Dose Benzodiazepine Misusers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 38. <https://doi.org/10.3390/ijerph14010038>
- Torres-Degró, A. (2014). *Envejecimiento demográfico: Un acercamiento a los métodos cuantitativos. CIDE digital. 2010; 1 (2); 77 98.*
- Treanor, C., & Donnelly, M. (2015). A methodological review of the Short Form Health Survey 36 (SF-36) and its derivatives among breast cancer survivors. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 24(2), 339-362. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0785-6>
- Tuñón, I., & Halperin, V. (2010). Desigualdad social y percepción de la calidad en la oferta educativa en la Argentina urbana. *Revista electrónica de investigación educativa*, 12(2), 1-23.
- Varela, L. E., & Gallego, E. A. (2015). Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud & Sociedad*, 2(1). Recuperado a partir de http://revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/salud_sociedad/article/view/3974

- Vera-Villaruel, P., Silva, J., Celis-Atenas, K., & Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista médica de Chile, 142*(10), 1275-1283. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>
- Vidal Aguirre, S. V. (2013). Prevalencia de factores biopsicosociales relacionados con el proceso de fragilización en el adulto mayor cesante, en el Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. Junio-julio 2013, Quito-Ecuador. Recuperado a partir de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7288>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... Alonso, J. (2015). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria, 19*(2), 135–150.
- Villarreal Amarís, G., & Month Arrieta, E. (2012). Social and family, health care and functional conditions of elderly people over 65 year old in two neighborhoods of Sincelejo (Colombia). *Revista Salud Uninorte, 28*(1), 75-87.
- Villegas-Vázquez, K. G., & Montoya-Arce, B. J. (2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de población, 20*(79), 133-167.
- Yan, Y. Y. (2013). Perceived neighborhood environments and self-rated health of older adults in Hong Kong. *The Internet Journal of Geriatrics and Gerontology, 8*(1). Recuperado a partir de <http://ispub.com/IJGG/8/1/14674>
- Yépez Granizo, M. G. (2016). *Características socio-demográficas y clínico geriátricas asociados con depresión en adultos mayores que acuden al servicio de consulta externa en el hospital de atención integral del adulto mayor, por el lapso de cinco meses entre el 2014 y 2015*. PUCE. Recuperado a partir de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/11184>

ANEXOS

Anexo 1.-

Autorización de la investigación.

El MSP a través de la Dirección Distrital de Salud 13D02, pone en conocimiento a las autoridades de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que el trabajo de titulación “Análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de Julio al mes de agosto del año 2016”, a realizarse por los Doctores Ingreed Briceida Cedeño Campuzano y Edie José Delgado Cedeño, cuenta con el apoyo y autorización correspondiente.

Por la atención brindada anticipo mis agradecimientos.

Atentamente.

Ing. Carlos Mendoza

Director del Distrito de Salud 13D02

ANEXO 2.-

Encuesta Socio-demográfica.

| | |
|---------------------------------------|--|
| Características | |
| Fecha de nacimiento: | |
| | |
| Edad en años: | |
| | |
| Sexo: | |
| - Masculino | |
| - Femenino | |
| | |
| Estado civil: | |
| - Soltero | |
| - Unión libre | |
| - Casado/a | |
| - Divorciado | |
| - Viudo/a | |
| | |
| Escolaridad: | |
| - Ninguna | |
| - Primaria | |
| - Secundaria | |
| - Superior | |
| | |
| Fuente de ingreso: | |
| - Sin ingresos | |
| - Jubilado | |
| - Comerciante | |
| - Empresa propia | |
| - Familiares | |
| - Bonos | |
| - Ninguno | |
| | |
| Cantidad de ingreso económico: | |
| - Menor a 366 dólares | |
| - Entre 366 y 800 dólares | |
| - Mayor a 800 dólares | |
| | |
| | |

| | |
|---|--|
| Morbilidad crónica (enfermedad crónica): | |
| - Tiene morbilidad | |
| - No tiene morbilidad | |
| | |
| Tipo de Morbilidad: | |
| - Hipertensión arterial | |
| - Diabetes | |
| - Hipotiroidismo | |
| - Otras | |
| <i>Especifique:</i> | |
| Tiempo de diagnóstico de Morbilidad: | |
| - Menor a 5 años | |
| - De 5 a 10 años | |
| - Más de 10 años | |
| | |
| Tipo de residencia | |
| - Propia | |
| - Alquilada | |
| - Casa de parientes o no parientes | |
| - Hogar de ancianos | |
| | |
| Compañía: | |
| - Vive solo | |
| - Vive con su pareja | |
| - Vive con un familiar | |
| - Vive con amigos | |
| | |
| Toma de medicación | |
| - Toma medicación | |
| <i>Especifique cual:</i> | |
| - No toma medicación | |

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES

Análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de Julio al mes de agosto del año 2016.

Propósito

Consentimiento informado dirigido a hombres y mujeres adultos mayores de 65 años en adelante, que acudan a la consulta externa de los Centros de Salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de Julio y Agosto del año 2016.

Investigadores principales

- Dra. Ingeed Briceida Cedeño Campuzano (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)
- Dr. Edie José Delgado Cedeño (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Introducción

En vista que usted tiene más de 65 años y acude a la consulta externa de los centros de salud pertenecientes al MSP, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta, ha sido seleccionado para invitarle a participar en una investigación sobre análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción. Este estudio incluye la realización de una encuesta referente al tema que consta de 36 preguntas y un cuestionario sobre datos sociodemográficos, los cuales serán analizados. Esto servirá para tener un mayor conocimiento sobre la realidad de la calidad de vida de los adultos mayores de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta. Su decisión de participar es totalmente voluntaria y puede hablar con quién usted tenga más confianza de entre los investigadores para solicitarle cualquier información adicional acerca del estudio.

Confidencialidad

La información que Usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación solamente la revisarán los investigadores. En la base de datos de este estudio usted tendrá un número asignado como participante, y **NO CONSTARÁ SU NOMBRE NI SU CÉDULA DE CIUDADANÍA**, para mantener su anonimato. La información será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas en un archivador bajo llave. El equipo de investigación hará todo lo posible para proteger su confidencialidad.

Componentes del estudio

Realizaremos una encuesta de 36 preguntas y el cuestionario de datos sociodemográficos que incluirá datos sobre su edad, análisis de calidad de vida y factores sobre su salud; puede no contestar alguna de las preguntas o terminar la entrevista si desea.

Estos datos se guardaran en un archivo electrónico asegurado. Al final de la fase activa del estudio, borraremos este archivo para mantener su confidencialidad.

Los investigadores serán los encargados de analizar la información y al finalizar el estudio los resultados serán enviados al Director de la Institución y enviados a su correo electrónico si es que desea.

Riesgos sobre su Salud

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para salud e integridad.

Tiempo de Participación

Hemos calculado que su participación en este estudio durará entre 30 minutos aproximadamente. Su participación en este estudio será sólo por una vez.

Los Resultados

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en diciembre del 2016, a todos los interesados. La información sobre los resultados de este estudio será publicada, más NO sus datos personales.

Costos, incentivos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. El beneficio que Usted recibirá por su participación será conocer el resultado del análisis de las encuestas realizadas en los adultos mayores que acuden a la consulta externa,

además que ayudará a establecer una idea clara de la realidad de la percepción de la calidad de vida.

Si usted decidiera no participar, no le afectará de ninguna manera, y puede dejar de participar en el momento que desee.

Contacto

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con los directores de la investigación, Dra. Ingreed Cedeño y Dr. Edie Delgado. Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

Dra. Ingreed Briceida Cedeño
Campuzano

Pontificia Universidad Católica del
Ecuador (Aula Portoviejo)

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Cel: 0991916589

Email: ingreedbriceida@hotmail.com

Dr. Edie Jose Delgado Cedeño

Pontificia Universidad Católica del
Ecuador

(Aula Portoviejo)

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Cel: 0997854765

Email: doee1@hotmail.com

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación sobre análisis de la calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los Centros de Salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de Julio al mes de agosto del año 2016.

Entiendo que tomarán en cuenta a los adultos mayores de 65 años de edad, que acuden a la consulta de los centros de salud de la parroquia Eloy Alfaro, se me realizará una encuesta de 36 preguntas y un cuestionario sobre datos sociodemográficos, las cuales serán analizadas. Estoy informado de que no tendrá ningún costo para mí o mi familia. Este estudio contribuirá a identificar la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor. Entiendo que este estudio no me dará ningún incentivo para participar. El beneficio directo que recibiré del estudio, es la publicación de los resultados al final de la investigación.

Conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que la pueda tener sobre investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de no contestar el cuestionario si así fuese mi deseo, sabiendo que esto no repercutirá en el ámbito académico o de conducta.

Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.

Firma (o huella dactilar): _____ Fecha _____

Número del teléfono celular: _____ casa: _____

Número de identificación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Testigo(a): _____ Firma: _____

Datos del Investigador que toma la muestra:

Nombre y apellidos: _____ Firma: _____

ANEXO 4.-

CUESTIONARIO DE SALUD SF - 36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

ANEXO 5.

PREGUNTAS INCLUIDAS EN LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO

SF- 36

| Estado de salud | Medida del componente físico | | | |
|-----------------|------------------------------|-----------------|---------------------|--------------------|
| Preguntas | Función física (FF) | Rol físico (RF) | Dolor corporal (DC) | Salud general (SG) |
| | 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 | 13,14,15 y 16 | 21 y 22 | 1,33,34,35 y 36 |

| Estado de salud | Medida del componente mental | | | |
|-----------------|------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Preguntas | Vitalidad (V) | Función social (FS) | Rol emocional (RE) | Salud mental (SM) |
| | 23,27,29 y 31 | 20 y 32 | 17,18 y 19 | 24,25,26,28 y 30 |

| | Transición de salud (TS) |
|----------|--------------------------|
| Pregunta | 2 |

ANEXO 6

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | TIPO |
|------------------------------|--|----------------|---------------------|--|---------------------------|
| Variables socio demográficas | Características de una población determinada | | | | |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento. Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha de aplicación del estudio. | Unidimensional | Fecha de nacimiento | Edades: - 65-69 - 70-74 - 75-79 - 80 y mas | Cuantitativo. Continua |
| Sexo | Condición de tipo orgánica que diferencia hombre de mujer. | Unidimensional | Caracteres sexuales | Masculino Femenino | Cualitativa Nominal |
| Estado civil | Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos del otro sexo o del mismo. | Unidimensional | Estado legal civil | -Soltero -Casado - Unión libre -Divorciado - Viudo | Cualitativo Nominal |
| Escolaridad | Conjunto de cursos que un estudiante | Unidimensional | Años aprobados | - Ninguna - Primaria | Cuantitativa |

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|------------------|------------------------------|--|--------------------------|
| | sigue en un centro docente. | | | -Secundaria - Superior. | Discreta |
| Fuente de ingreso | Forma de obtener dinero | Unidimensional | Actividad económica. | - Sin ingresos - Jubilado -Otras fuentes | Cualitativa Nominal |
| Cantidad de ingreso económico | Ganancias que ingresan al presupuesto | Multidimensional | Cantidad en dólares | -Menor a 366 dólares -Mayor a 366 Dólares | Cuantitativa discreta |
| Morbilidad asociada | Cantidad de personas o individuos enfermos o víctimas de una enfermedad | Multidimensional | Presencia o no de morbilidad | -Tiene morbilidad -No tiene morbilidad | Cualitativa Nominal |
| Tiempo de diagnóstico de morbilidad | Número de años de diagnóstico de morbilidad. | Multidimensional | Años de diagnóstico | -Menos de 5 años -5 a 10 años -Más de 10 años | Cuantitativo Discreta |
| Tipo de residencia | Lugar donde alguien habita como consecuencia de residir | Unidimensional | Lugar de residencia | - Propia - Alquilada - Reside en casa de parientes o no parientes - Hogar de ancianos | Cualitativa nominal |

| | | | | | |
|--------------------|--|----------------|------------------------|---|---------------------|
| Toma de medicación | Tratamiento recibido por presencia de morbilidad | Unidimensional | Recibe o no medicación | -Toma medicación -No toma medicación | Cualitativa nominal |
|--------------------|--|----------------|------------------------|---|---------------------|