



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO DEL TEMA**

**BIENESTAR FÍSICO Y SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LA  
CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO  
DE SALUD PUERTO DE CHANDUY.2021**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADO DE ENFERMERÍA**

**AUTOR**

**JESSICA EVELYN NAULA EVAS**

**TUTORA**

**LCDA. YANELIS SUÁREZ ANGERÍ, Msc.**

**PERIODO ACADÉMICO**

**2021-2**

## TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:  
**MILTON MARCOS  
GONZALEZ SANTOS**

---

Lcdo. Milton Marcos González Santos, MSc  
**DECANO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

---

Lic. Alicia Gabriela Cercado Mancero, PhD  
**DIRECTORA DE LA CARREA DE  
ENFERMERÍA**

---

Lic. Elena Pérez Pons, Msc.  
**DOCENTE DE ÁREA**

---

Lic. Yanelis Suárez Angerí, Msc.  
**TUTORA**

---

Abg. Víctor Coronel Ortiz, Mgt.  
**SECRETARIO GENERAL**

La Libertad, 17 de septiembre del 2021

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del tema de investigación: Bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.2021, elaborado por la Sra. NAULA EVAS JESSICA EVELYN, estudiante De La CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.



Firmado electrónicamente por:

**YANELIS  
SUAREZ**

---

Lic. Yanelis Suárez Angerí, Msc.  
**TUTORA**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de titulación se lo dedico a mis padres Enrique Naula Caranqui y María Evas Guzñay quienes me han brindado su apoyo incondicional durante mi formación profesional, quienes me han impulsado a seguir adelante a pesar de las adversidades, la distancia y el factor económico. Solo ustedes saben cuánto tiempo hemos esperado este momento, siempre han estado conmigo en los buenos y malos momentos de mi vida gracias a ustedes por ser mis padres, por amarme y por sus esfuerzos puedo culminar mis estudios universitarios.

A mi hija Andrea Sofia Bonilla Naula quien ha sido mi pilar, mi mayor fortaleza y mi motor para seguir adelante a pesar de las dificultades, para alcanzar mismetas y objetivos durante mis estudios. De igual manera a mis hermanos Henry y Brigitte Naula Evas por su apoyo y ayuda por el cuidado de mi hija durante estos años, por su lealtad incondicional.

A mi tío Sergio, quien me ha brindado su apoyo económico y cariño durante mis estudios universitarios.

Jessica Evelyn Naula Evas

## AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darme vida, salud y por cuidarme hasta este punto de mi vida, así también por brindarme fuerzas para continuar y no rendirme en el transcurso de mi formación profesional.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena y a la Carrera de Enfermería por aceptarme y darme la oportunidad de prepararme profesionalmente en el área de la salud durante estos 5 años que ahora están finalizando con el desarrollo del presente trabajo de investigación; a su vez agradezco a la Dra. Isabel Rivas Macías; directora del Centro de Salud Puerto de Chanduy por su ayuda incondicional en la ejecución de este estudio.

De la misma manera agradezco profundamente a los docentes que me brindaron sus conocimientos y enseñanzas durante mi formación académica y preprofesional, en especial a mi estimada tutora Lic. Yanelis Suárez Angerí, Msc por su guía y conocimientos impartidos durante el proceso y desarrollo de mi proyecto de titulación.

Agradezco a mis padres por su sacrificio y por el apoyo que me brindaron durante estos 5 años de estudios universitarios, por transmitirme valores y por formarme como la persona que soy, por su apoyo incondicional y su amor en cada etapa de mi vida, por ellos es este logro.

También agradezco a familiares y amistades más cercanas por el apoyo que me brindaron durante mis estudios en especial a Cecilia Santillán junto con Víctor Garcés, mi amiga Andrea Betancourt y a la familia Pérez Catuto por el cariño y apoyo que me brindaron para seguir adelante a pesar de los momentos difíciles en la Provincia de Santa Elena. Además de consejos para mi vida personal y profesional.

Jessica Evelyn Naula Evas

## DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de investigación es de mi responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

J Evelyn Naula

---

Naula Evas Jessica Evelyn  
C.I:1804425013

## ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO .....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DECLARACIÓN .....	V
ÍNDICE GENERAL .....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT .....	X
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. EL PROBLEMA .....	3
1.1. Planteamiento del problema .....	3
1.2. Formulación de problema.....	6
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo general .....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO II.....	8
4. Marco Teórico .....	8
4.1. Fundamentación referencial .....	8
4.2. Marco teórico .....	9
4.2.6 Fundamentación de enfermería .....	23
4.3. Fundamentación legal.....	26
5. Formulación de la hipótesis.....	27

5.1. Identificación y clasificación de variables .....	27
5.2. Operacionalización de variables.....	28
CAPÍTULO III .....	35
6. DISEÑO METODOLÓGICO .....	35
6.1. Tipo de Investigación .....	35
6.2. Métodos de investigación.....	35
6.3. Tipo de muestreo.....	35
6.4. Técnicas recolección de datos .....	36
6.5. Instrumentos de recolección de datos.....	36
6.6. Aspectos éticos.....	38
CAPÍTULO IV .....	39
7. Presentación de resultados.....	39
7.1. Análisis e interpretación de resultados .....	39
7.2. Comprobación de hipótesis .....	54
7.3. Conclusiones .....	54
7.4. Recomendaciones.....	55
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56
9. ANEXOS .....	61

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Tipos de adulto mayor .....	11
<b>Tabla 2.</b> Cambios fisiológicos y biológicos.....	12
<b>Tabla 3.</b> Características en la presentación de las enfermedades.....	14
<b>Tabla 4.</b> Clasificación de actividades que realiza el adulto mayor .....	16
<b>Tabla 5.</b> Tres Modos de adaptación de Callista Roy .....	23

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Parámetros de salud en relación al bienestar físico .....	18
<b>Gráfico 2.</b> Grupos de adultos mayores en situación de riesgo.....	19
<b>Gráfico 3.</b> Determinar el bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de salud puerto de Chanduy .....	39
<b>Gráfico 4.</b> Bienestar físico .....	40
<b>Gráfico 5.</b> Relaciones interpersonales.....	43
<b>Gráfico 6.</b> Bienes materiales .....	45
<b>Gráfico 7.</b> Desarrollo personal.....	46
<b>Gráfico 8.</b> Autodeterminación .....	48
<b>Gráfico 9.</b> Inclusión social .....	50
<b>Gráfico 10.</b> Derechos .....	52
<b>Gráfico 11.</b> Nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy .....	53

## RESUMEN

El bienestar físico y social de los adultos mayores en muchas ocasiones pasa desapercibido, sin embargo, los problemas de salud tales como la pérdida de movilidad, al igual que las relaciones sociales, ocasionan una disminución en la calidad de vida. Por tal motivo, el objetivo de la investigación es determinar el bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy. La metodología aplicada es con enfoque cuantitativo con método deductivo, la población de estudio conformada por 40 adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy a los que se aplicó la Escala de FUMAT. Como resultado el 97,5% de los adultos mayores su estado de salud no les permite salir a la calle, un 37,5% que muestran dificultades de visión que le impiden realizar actividades habituales, y el 35% tienen problemas de movilidad al igual un 27,5% no pueden continuar una conversación porque oye mal, en cambio el 62,5% tienen dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, el 50% no participan en actividades de ocio, el 45% de ellos no disfrutan sus derechos legales y solo un 7,5% no pueden defender sus derechos, los adultos mayores indicaron que un 87% de ellos tienen un nivel de calidad de vida media, el 10% calidad alta y un 2,50% calidad de vida bajo a su vez el 72,50% de ellos tienen calidad de vida aceptable y el 27,50% calidad de vida inaceptable, en efecto es necesario mencionar que existe un porcentaje menor de adultos mayores que presentan un menor bienestar físico y social, concluyendo que a menor bienestar físico y social existe una mayor afección en la calidad de vida de los adultos mayores.

**PALABRAS CLAVES:** Bienestar físico; bienestar social; calidad de vida; adultos mayores; Escala de FUMAT.

## ABSTRACT

The physical and social well-being of older adults often goes unnoticed; however, health problems such as loss of mobility, as well as social relationships, cause a decrease in the quality of life. For this reason, the objective of this research is to determine the physical and social well-being and its influence on the quality of life of older adults at the Puerto de Chanduy Health Center. The methodology applied is a quantitative approach with a deductive method, the study population was composed of 40 older adults of the Puerto de Chanduy Health Center to whom the FUMAT Scale was applied. As a result, 97.5% of the older adults' state of health does not allow them to go out in the street, 37.5% show vision difficulties that prevent them from performing usual activities, and 35% have mobility problems as well as 27.5% cannot continue a conversation because they cannot hear well, while 62.5% have difficulties in handling basic mathematical concepts, 50% do not participate in leisure activities, 45% of them do not enjoy their legal rights and only 7.5% cannot defend their rights, the elderly indicated that 87% of them have a medium quality of life, 10% high quality and 2.50% low quality of life, in turn, 72.50% of them have acceptable quality of life and 27.50% unacceptable quality of life, in fact it is necessary to mention that there is a lower percentage of older adults who have a lower physical and social welfare. , In fact, it is necessary to mention that there is a lower percentage of older adults who present a lower physical and social wellbeing, concluding that the lower the physical and social wellbeing, the higher the affection in the quality of life of older adults.

**KEY WORDS:** Physical well-being; social well-being; quality of life; older adults, FUMAT Scale.

## **INTRODUCCIÓN**

El concepto de salud, envejecimiento saludable, exitoso, activo y la calidad de vida del adulto mayor debe abordarse de manera integral, con énfasis en la salud, el bienestar personal, su funcionalidad y conveniencia y condiciones favorables en un entorno social y familiar en el que puedan continuar su desarrollo personal (Varela y Pinedo, 2016).

Con el paso de los años se ha buscado mejorar el estado físico y social de los adultos mayores debido a que la esperanza de vida ha aumentado significativamente y, por ende, el bienestar físico y social es fundamental ya que, si este sector de la población muestra malas condiciones de salud, esto ocasionará que su parte social sufra cambios parciales o totales y por ello su calidad de vida se verá afectada. Es importante considerar que, en la vejez, el mantener un bienestar físico y social permite que el adulto mayor viva plenamente.

En este sentido, el bienestar físico se entiende como el grado de susceptibilidad a una patología; es decir la funcionalidad y capacidad de adaptación a diferentes cambios físicos que ocurren en el organismo humano en el transcurso de los años. Ante esto, la Organización Mundial de la Salud (2015) indica que, si los adultos mayores tienen condiciones de salud óptima, se fomenta que tengan una mayor participación en la comunidad, y esto a su vez permite mantener las redes sociales y las conexiones interpersonales de este sector de la población.

Es así que actualmente el incremento en el número de personas mayores de 65 años crea una necesidad casi urgente de adaptación a las agendas sociales, políticas, económicas y legales, las cuales deben ser cambiadas de tal manera que atiendan las necesidades en constante crecimiento de la población (Martínez et al., 2016). Entendiéndose que los adultos mayores sufren cambios físicos y fisiológicos, y que con el pasar de los años llegan a requerir mayor atención y cuidados dentro una sociedad, por lo que la evaluación de la calidad de vida de las personas mayores se ha convertido en una de las prioridades para los sistemas de salud y para los gobiernos.

Este estudio está enfocado en determinar nociones relacionadas con el bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy, el mismo se establece en 4 capítulos de estudio.

El capítulo I abarca el planteamiento del problema, en donde se evidencia la problemática que será objeto de estudio, por consiguiente, consta la respectiva justificación, así como los objetivos tanto generales como específicos. Por otra parte, en el capítulo II se expone el marco teórico en el que se encuentran las bases para el entendimiento del estudio junto con la hipótesis respectiva y por último la operacionalización de variables.

Posteriormente, el capítulo III contiene el diseño metodológico, mismo que abarca el tipo de estudio, población y muestra; también las técnicas e instrumentos de investigación utilizados en el presente estudio. Por último, en el capítulo IV se encuentra el análisis e interpretación de datos, los análisis obtenidos para generar las conclusiones y recomendaciones respectivas.

# CAPÍTULO I

## 1. EL PROBLEMA

### *1.1. Planteamiento del problema*

El bienestar hace referencia al conjunto de cosas que son necesarias para vivir felizmente. Debido a que la felicidad está íntimamente ligada a las personas a sus necesidades y deseos, que puede tener una amplia gama de representaciones en sus mentes. Es decir que las personas independientemente del ciclo de vida en la que se encuentre buscan obtener un bienestar que les permita tener y alcanzar una vida plena desde la niñez hasta la vejez (Pérez y Gardey, 2013).

Por otra parte, según el diccionario de la Real Academia Española conocida como RAE que el bienestar es el “conjunto de las cosas necesarias para vivir bien, además abarca el estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica” (RAE,2014, párrafo 1-3). Ante esto es conveniente mencionar que, independientemente de que la persona presente o no alguna dolencia o enfermedad, aun así, busca sentirse bien consigo mismo y con las características de su vida como tal, por ello, para alcanzar el bienestar, ya se ha de manera individual o colectiva, se incluye el propósito de vida, sus metas y anhelos personales, el confort y la salud junto con la interacción y participación activa dentro de la sociedad.

El bienestar físico tiene relación con el grado de susceptibilidad a una patología; es decir la funcionalidad y capacidad de adaptación a diferentes cambios físicos que ocurren en el organismo humano con el paso de los años, fundamentándose la comprensión propia de la salud, adoptando hábitos sanos y medidas preventivas, aprendiendo a convivir con los cambios físicos que ocasionan las diferentes enfermedades crónicas o no, que llegan con la vejez. De manera que el bienestar físico hace referencia a que el cuerpo humano está en perfectas condiciones, es decir que todos los órganos se encuentran sanos y que la capacidad física se encuentra en pleno rendimiento (Cuesta, et al.,2016).

Ante esto, la OMS (2015) enfatiza sobre el importante papel de la actividad física para lograr un envejecimiento saludable y una calidad de vida en esta etapa. El organismo internacional, en su informe mundial, afirmó que la actividad física tiene el principal beneficio de extender la esperanza de vida, indica que tiene muchas ventajas, conserva la

fuerza muscular y la función cognitiva, reduce la ansiedad y la depresión, mejora significativamente la autoestima y reduce el riesgo de enfermedades crónicas. Además, fomenta una mayor participación dentro de la comunidad y permite mantener las redes sociales (OMS, 2015, pp.27-29).

Por su parte, el bienestar social es la capacidad que tiene un individuo para relacionarse de manera adecuada y eficaz con las demás personas, ya sean de su entorno familiar o no. En este sentido, abarca la educación, vivienda, la seguridad, el estado económico y la participación, inclusión y apoyo (Lopategui, 2016).

Dicho todo esto es posible afirmar que la calidad de vida es el conjunto de circunstancias que ayudan al individuo a mantener una vida agradable, digna y valiosa; en los adultos mayores corresponde a la satisfacción de sus necesidades básicas humanas dentro de una sociedad; es decir que se basa en el disfrute pacífico y seguro de condiciones de salud, educación, nutrición y vivienda adecuada, un ambiente estable y saludable, equidad, igualdad de género, responsabilidad por la vida diaria, la dignidad. Cabe indicar que las personas, independientemente del ciclo de vida en el que se encuentren, buscan tener una vida plena, y esto sucede desde la niñez hasta la vejez (Irigoyen y Arnulfo, 2017).

Por otro lado, León (2013) define que el envejecimiento se refleja como un proceso natural a lo largo de los años y suele asociarse a limitaciones en el rendimiento físico y de la vida social. En países como Australia, Japón, y China, donde la edad es todavía un sinónimo de sabiduría y aprecian la contribución de los adultos mayores al desarrollo cultural, intelectual y político, el adulto mayor es activo y participa en la coyuntura del país (León, 2013, párrafo 2-5).

En el ámbito internacional, la OMS indica que el 15% de los adultos mayores japoneses que viven solos manifiestan tener comunicación con una persona más o menos cada quince días, mientras que un 30% siente que no tienen una persona confiable a la que pueden recurrir para obtener ayuda. Otros datos apuntan a que, en algunos países europeos, más del 40% de las mujeres mayores de 65 años viven en soledad (OMS, 2015, párrafo 1-4).

Es importante reconocer que los adultos mayores sufren una pérdida de funcionalidad que facilita o dificulta que realicen actividades primordiales por sí mismos; por consiguiente, los trastornos de la edad comunes son la pérdida de audición, cataratas,

osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, depresión y demencia. Además, con la edad, aumenta la probabilidad de que se presenten múltiples enfermedades al mismo tiempo (OMS, 2018, párrafo 2-4).

En cuanto a la realidad de Latinoamérica, a medida que crece la población de adultos mayores, aumenta la carga de enfermedades crónicas, por ejemplo, el 25% padece de enfermedades cardiovasculares y un 20% presenta diabetes. En el caso de México, 44.6% de los adultos mayores se encuentra en situación de pobreza, el 34% es vulnerable por carencias sociales, 67.9% está en rezago educativo, y el 34% no tiene acceso a la seguridad social (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2010).

Respecto a Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2019) indica que la diabetes no especificada, la hipertensión, insuficiencia cardiaca, neumonía, hernia inguinal e hiperplasia de la próstata son las principales causas de morbilidad de los adultos mayores. Además, un 14.6% de los adultos mayores ecuatorianos viven solos, un 14,9% son víctimas de negligencia y abandono, el 74,3% no tiene acceso a seguridad social, el 45% vive en condiciones de pobreza extrema y el 42% vive en el sector rural (Ministerio de Inclusión Social y Económico, 2021).

En medio de esta realidad, en la Provincia de Santa Elena se encuentra el Centro de Salud Puerto de Chanduy que cuenta con una población aproximada de 400 adultos mayores; de todos ellos una pequeña minoría acude cumplidamente a sus atenciones médicas. La población adulta mayor que pertenece a esta unidad de salud es el claro reflejo de lo que sucede en el contexto local.

Los adultos mayores presentan enfermedades propias del envejecimiento que deterioran su funcionalidad de manera parcial o total, volviéndose dependientes en varias actividades tales como caminar, trabajar y mantener relaciones sociales, todas estas situaciones limitan el estado de salud de los pacientes del Centro de Salud Puerto de Chanduy; por esta razón se ha decidido realizar esta investigación con el objetivo de conocer sobre el bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de quienes asisten a este establecimiento.

## ***1.2. Formulación de problema***

Con base en la problemática anteriormente descrita, se formula las siguientes preguntas de investigación:

¿Influye el bienestar físico y social en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy?

## **2. OBJETIVOS**

### ***2.1. Objetivo general***

Determinar el bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

### ***2.2. Objetivos específicos***

- Valorar el bienestar físico de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.
- Evaluar el bienestar social de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.
- Valorar la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Este estudio se justifica debido a la importancia que representa este aporte científico para el Centro de Salud Puerto de Chanduy del cantón Santa Elena, siendo este establecimiento una fuente de información para la investigación planteada. Por tanto, se tiene la finalidad de conocer sobre el bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al centro de salud durante el periodo 2021, con el propósito de incrementar la esperanza de vida de la tercera edad y prevenir enfermedades.

En este sentido, se destaca esta investigación de interés social realizada por una estudiante de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, obteniendo el reconocimiento de la institución educativa y del estudiantado, ratificando que este último es apto, competente, eficaz y eficiente ante la ejecución de proyectos de investigación.

Además, la presente investigación se realizará con base en las experiencias vividas y evidencias que se presentan en la cotidianidad de los adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Puerto de Chanduy, se recopila información veraz para obtener y adquirir conocimientos nuevos y actualizados que se fundamentan en el desarrollo del estudio.

Por último, en el ámbito social, la investigación busca proporcionar información que es de gran utilidad para la institución de salud y así contribuir a que el adulto mayor tenga un adecuado estado de bienestar físico y social; es decir que evidencien un cambio en la interacción y participación social y familiar, logrando mantener y mejorar el estado de salud y que este se encuentre controlado informando a los adultos mayores acerca de la importancia de realizar actividades físicas y recreativas, ya que estos aspectos permiten una mejora en la calidad de vida. También cabe indicar que esta investigación contribuye metodológicamente a ampliar información y conocimiento sobre el tema para futuras investigaciones.

## CAPÍTULO II

### 4. Marco Teórico

#### 4.1. *Fundamentación referencial*

La presente investigación se respaldó con diferentes estudios y artículos científicos relacionados con el tema planteado anteriormente, los más importantes se mencionan a continuación:

En España, Martín (2019) aborda como problema a la percepción del propio individuo sobre los aspectos y circunstancias que ocasionan que la calidad de vida del adulto mayor varíe de acuerdo a las condiciones y necesidades individuales, su objetivo principal es analizar los niveles de calidad de vida de adultos mayores para lo que utiliza como instrumento la escala de FUMAT, obteniendo como resultado que 69,6% tenía problemas visuales, 82,1% padecía osteoartritis y el 69,9% tenía hipertensión arterial, además que los niveles de calidad de vida encontrados fueron altos, siendo la dimensión más relevante la de bienestar físico influenciado por la edad y las limitaciones, vinculada con la independencia funcional, la autodeterminación y la inclusión social (Martín, 2019, pp.20-27).

En este estudio se hace énfasis en los niveles de la calidad de vida, obteniendo como resultado que la dimensión más relevante es el bienestar físico; de acuerdo con la investigación realizada por Martín, se asocia la edad debido a que, a más edad, menor bienestar físico y por ende los adultos mayores de 90 años tienen bajos niveles de calidad de vida. En cambio, en la parte social influye en el desarrollo personal, ya que cumple con un papel fundamental en la vida del adulto mayor para agregar vida a los años, es decir, llegar a una vejez saludable y activa.

Por su parte, varios autores abordan un estudio en Colombia, en el mismo se menciona la problemática de cómo las enfermedades que presentan los adultos mayores en los centros de protección social afectan a su calidad de vida. Con el objetivo de describir este aspecto relacionado con la salud, los autores utilizan como instrumento el test de valoración mental Pfeiffer y el índice multicultural de calidad de vida, obteniendo como resultado que el 57,6% eran solteros, el 54,5% realizaba actividades físicas, mientras que el 37,9% no realizan actividades productivas. Por último, un 7,6% pertenecía la autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud, concluyendo que las

dimensiones que presentaron puntajes más altos reflejaron la plenitud espiritual y el autocuidado, y con menor puntaje el bienestar físico y el apoyo comunitario (Melguizo et al., 2014, p.537).

De acuerdo con lo antes mencionado, la calidad de vida es uno de los indicadores más significativos sobre una afectación en la vida del adulto mayor, por lo tanto, el estudio de las variables establecidas contribuye a mejorar y fortalecer acciones que contribuyan con el bienestar físico y social, así también con mantener una calidad de vida óptima y adecuada encaminada hacia una vejez activa.

Por último, en Ecuador en la provincia de Tungurahua, Quinatoa y Chasillacta (2018) abordan como problema el incremento en la esperanza de vida, mismo que aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas, ocasionando discapacidades o disminución en la funcionalidad del adulto mayor, afectando su nivel de bienestar y por ende el de su calidad de vida. Su objetivo es identificar los factores que intervienen en el bienestar físico y social de este sector de la población, utilizando como instrumento la Escala de Barthel, la de Tinetti y la Escala Gijón, obteniendo como resultado que el bienestar físico se muestra en un 41,5%, en cambio el bienestar social se reporta en el 57,1%, concluyendo que las personas de la tercera edad tienen un nivel de dependencia moderada y que en su mayoría se encuentran en situación de riesgo social (pp.203-207).

## ***4.2. Marco teórico***

### ***4.2.1. Envejecimiento, vejez y adulto mayor***

#### ***4.2.1.1. Envejecimiento***

Con relación al envejecimiento, los autores Armas y Ballesteros (2017) mencionan que el envejecimiento es el resultado de un gran cambio a nivel celular durante el paso de los años, ocasionando la disminución de las capacidades físicas y mentales. Además, este factor ocasiona un riesgo a presentar algunas patologías que, con el paso de los años, conduce a la muerte del adulto mayor. También, se lo caracteriza por ser único, irreversible, universal e individual, debido a que se presenta de forma diferente entre los individuos de una misma especie y con genoma idéntico (Rico, Oliva y Vega, 2018).

Es importante tomar en consideración que el envejecimiento es un proceso natural y único debido a que varía para cada persona; también es irreversible porque tiene que suceder en el ser humano y no se puede evitar o frenar, por tanto, a nivel celular se

presentan cambios que ocasiona una disminución en las funciones del cuerpo humano.

#### **4.2.1.2. Vejez**

Por otro lado, la vejez es “la última etapa del ciclo de la vida, es la etapa donde ocurren los cambios biológicos, psicológicos y sociales en el transcurso de la vida y el propio proceso del envejecimiento” (López, 2016, p.15). En este sentido, el ciclo vital está relacionado con la niñez, adolescencia, adultez y vejez; la vejez es la etapa final de la vida en la que se presentan grandes cambios a nivel celular, llegando a la muerte de un individuo.

Además, López menciona que “en los primeros 20 años de vida, se alcanza el máximo desarrollo físico, vitalidad, capacidad física y desarrollo de la inteligencia. Sin embargo, dicho desarrollo declina paulatinamente a partir de los treinta o cuarenta años de edad” (López, 2016, p.13). Es decir, que a edad más avanzada existen mayores cambios en el organismo y apariencia de la persona a una velocidad y ritmo de acuerdo con su biología, los estilos de vida y por el ambiente que varía entre las personas.

Asimismo, la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores conocida por sus siglas como FIAPAM menciona otros puntos importantes a ser considerados sobre la vejez, iniciando con que es una etapa en la que incrementa el riesgo a enfermarse; también “el ejercicio y la actividad mental disminuye diariamente a medida que envejece pierde la funcionalidad de manera gradual, en segundo lugar se menciona el estado de vulnerabilidad al estrés psicológico, fisiológico y social” (FIAPAM, 2014, p.12).

Es decir, que estos aspectos aumentarían que el estado de salud de un adulto mayor tenga gran impacto, por ejemplo, los accidentes, fallecimiento de seres querido o cercano, inseguridad económica y finalmente se considera que la vejez es diferente en cada persona y depende del estado físico, social y psicológico para cada individuo.

#### **4.2.1.3. Adulto mayor**

Con relación al término “adulto mayor”, existen vocablos semejantes usados para referirse a este grupo poblacional, algunos son aceptables y otros despectivos, por ejemplo, los más utilizados son: viejos, ancianos, tercera edad, senil, adultos mayores, personas mayores, jubilados, añosos, gerentes, y abuelos. Estas designaciones se basan en conceptos, valores y creencias, los cuales provienen de los mismos adultos mayores, la

familia y la sociedad, aunque también se derivan del ámbito científico, es decir de la medicina, la psicología, la sociología, entre otros. (Ludí,2011)

También hay vocablos que se relacionan con la denominación del adulto mayor debido a que la misma sociedad, incluso los mismos adultos mayores, los utilizan con frecuencia, este es el caso del término abuelito, mismo que está mal empleado pues esta expresión se relaciona más con el aspecto familiar, en cambio para las áreas científicas se usa más el vocablo adulto mayor.

Por el contrario, la OMS (2018) indica que las personas de entre 60 y 74 años de edad se consideran personas de avanzada en edad; solo aquellos que tienen entre 75 y 90 años de edad son llamados ancianos, y aquellos que superan los 90 años de edad se conocen como longevos (párrafo 2).

Por consiguiente, se considera adulto mayor a las personas mayores de 60 años en países desarrollados y de 65 para los países en desarrollo. En el Ecuador es “a partir de los 65 años de edad según lo establecido en la Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores” (Brinones,2018, párrafo.12).

Es importante distinguir a la vejez versus el envejecimiento; la vejez es la última etapa de la vida del ser humano, cuando este se convierte en adulto mayor; a diferencia del envejecimiento que es un proceso de cambios biológicos y funcionales que ocurren con el paso del tiempo.

Con lo mencionado, a continuación, en la Tabla 1 se detalla los diferentes tipos de adulto mayor que existen.

**Tabla 1**

*Tipos de adulto mayor*

<b>Adultos mayores Funcionales</b>	<b>Adultos mayores Disfuncionales</b>	<b>Adulto mayor independiente</b>	<b>Adulto mayor dependiente</b>
Realizan actividades sin dificultad y son independientes.	Presentan una limitación para realizar las tareas mínimas necesarias para valerse por sí mismos.	Es capaz de mantener un entorno seguro para él mismo según sus necesidades físicas y emocionales.	Presentan patologías que no le permita realizar actividades por sí solo y son dependientes.

**Nota:** Los tipos de adultos mayores permiten determinar el estado de salud en la que se encuentra el individuo. Basado en FIAPAM (2014, p.14).

## **4.2.2 Salud, Enfermedad y Síndromes**

### **4.2.2.1 Salud del adulto mayor- Definición**

La salud es una secuencia de varias condiciones físicas que se presentan en el ser humano en un momento determinado, por ello la salud del adulto mayor, sobre esto, León y Berenson (2013) indican que “cuando el ser humano se encuentra sano, además de sentirse bien de manera física, mental y social incluyendo los procesos fisiológicos, corporales” (p. 2). Es decir que el adulto mayor no se considera una persona sana solo por sentirse bien física, mental y socialmente.

### **4.2.2.2 Enfermedades del adulto mayor**

El individuo puede presentar una enfermedad de inicio temprano por ejemplo tener “una lesión, cáncer, diabetes e hipertensión, la forma de caminar, postura, color de cabello y cambios dermatológicos, la capacidad visual y auditiva, cambios en la memoria apesar de ello los adultos mayores pueden sentirse perfectamente bien o no” (Delgado et al., 2015).

Otros autores, enuncia que las personas, al tener una edad avanzada, desarrollan enfermedades que afectan la salud de manera parcial o total. Por ello la mayoría de las personas que pertenecen a este sector de la población presentan enfermedades crónicas, sensoriales, desnutrición, incontinencia urinaria, problemas cognitivos, depresión y otros. Por tanto, a medida que la edad de la persona avanza, ocurren cambios fisiológicos y biológicos ya que algunos órganos y sistemas envejecen antes que otros y esto ocasiona la presentación de una enfermedad o varias al mismo tiempo. (Cervantes et al., 2015).

Por otra parte, López (2016) hace referencia a que “la mayoría de los órganos y sistemas del cuerpo humano pierden aproximadamente un 1% de sus funciones cada año a partir de los treinta años de edad y se acentúa a partir de los 60 años” (p.21).

En la Tabla2 se evidencia una descripción de algunos de los cambios fisiológicos y biológicos que experimentan las personas al llegar a la vejez.

**Tabla 2**

*Cambios fisiológicos y biológicos*

<b>Sistemas</b>	<b>Cambios biológicos y fisiológicos</b>	<b>Órganos</b>	<b>Cambios biológicos y fisiológicos</b>
<b>Sistema nervioso</b>	-Disminución del desempeño psicomotor, intelectual. -Disminución de las horas de sueño.	<b>Corporal</b>	-Disminución de la talla, peso y agua corporal.
<b>Sistema inmune</b>	-Disminución de la actividad de las células T.		-Disminución de la función renal 8 ml/1,73 m <sup>2</sup> por década a partir de los 50 años.
<b>Sistema Endocrino</b>	-Disminuye la testosterona libre. -Incremento de la insulina.	<b>Riñones</b>	-Disminución del flujo renal sanguíneo y de la osmolaridad urinaria.
<b>Sistema Tegumentario</b>	-Cambios tróficos en la piel		
<b>Sistema óseo</b>	-Osteoartritis y osteoporosis		-Disminución de la captación de oxígeno, -Disminución de la capacidad vital forzada y del volumen espiratorio.
<b>Sistema cardiovascular</b>	-Disminución de la eyección cardiaca durante el ejercicio y de respuesta del corazón al stress. -Hipotensión ortostática.	<b>Pulmones</b>	-Disminución del reflejo de la tos.
<b>Sistema gastrointestinal</b>	-Disminuyen las papilas gustativas y cambios en la motilidad intestinal -Disminución de la secreción del ácido clorhídrico. -Xerostomía (boca seca).	<b>Ojos</b>	-Disminución del diámetro pupilar. -Disminuye la secreción lagrimal y la discriminación a los colores.

<b>Sistema reproductivo</b>	- Cambios en la función sexual. -Disminución de la producción de hormonas sexuales (estrógenos y testosterona).	<b>Audición</b>	-Atrofia del meato auditivo externo y coclear. -Pérdida de neuronas auditivas.
<b>Tacto</b>	-Disminución del tacto.		-Disminuye la percepción a las altas frecuencias y la discriminación a los tonos y sonidos.
<b>Olfatorio</b>	-Atrofia de las fibras olfatorias.		

**Nota:** Los cambios biológicos y fisiológicos ocurren de manera natural por el paso de los años y estos cambios afecta de diferente manera a cada individuo. Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn. Tomado de López (2016, p.23-24) y Battistella, (2018).

Cabe mencionar que la presentación de las enfermedades en el adulto mayor es diferente al de una persona joven debido a que los adultos mayores “muestran su enfermedad como puede, de acuerdo a la reacción que presenta su cuerpo y organismo ante ella, incluso una enfermedad existente puede ocasionar otra” (Battistella,2018, p.7). Tal como, una neumonía puede precipitar la insuficiencia cardíaca o la diabetes puede precipitar una insuficiencia renal.

#### **4.2.3 Síndromes geriátricos**

Los síndromes geriátricos están relacionados con múltiples condiciones o problemas de salud que muestran alta prevalencia en los adultos mayores y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en este grupo poblacional. Por ello la presencia constante de varias patologías al mismo tiempo, en la mayoría de las ocasiones dificulta el diagnóstico, y en otra afecta el tratamiento de una dolencia afecta el curso de otra, por ejemplo, el “tratamiento de insuficiencia cardiaca con diuréticos puede ocasionar incontinencia urinaria. También puede suceder que una situación atenúe otra patología, por ejemplo, la anemia sin astenia en un inmobilizado severo” (Márquez, Martínez, González y Romero, 2013, p.145).

De tal manera se debe tomar en cuenta que, si el adulto mayor presenta una disminución funcional sin presentar una causa existente, se considera que debe existir una enfermedad subyacente, según Battistella (2018), quien indica las características que hacen diferente la presentación de las enfermedades descritas a continuación en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Características en la presentación de las enfermedades*

<b>Presencia de múltiples enfermedades</b>	<b>Gigantes de la geriatría</b>	<b>Polifarmacia</b>
Los adultos mayores entre los 65 y 75 años tienen un aproximado de 4 a 6 enfermedades por persona.	No conforman un síndrome, pero le quitan independencia al adulto mayor. (inmovilidad, incontinencia urinaria, inestabilidad postural y deterioro intelectual).	Un adulto mayor en promedio consume de 4 a 6 medicamentos.

**Nota:** Las características en la presentación de las enfermedades del adulto mayor se relacionan con la presencia de múltiples enfermedades al mismo tiempo, también por los síndromes geriátricos que son propias de la vejez del ser humano y en muchas ocasiones la mayoría de adultos mayores consumen varios medicamentos a la vez. Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn. Tomado de Battistella, (2018, p.8).

Finalmente, el envejecimiento es propio de cada ser humano debido a que no se puede detener ni revertirse a pesar que cada individuo presenta una velocidad diferente, tal como algunos adultos mayores se ven más jóvenes y no aparentan su edad, en cambio sí se puede notar la velocidad en como disminuye y se deteriora el funcionamiento de los órganos, sentidos y varía de persona a persona, estos cambios físicos ocasionan malestar, falta de autonomía y en algunas ocasiones dependencia parcial o total que impiden que el adulto mayor tenga un bienestar físico y social óptimo.

**4.2.4. Bienestar y sus generalidades**

El bienestar de las personas está vinculado con la felicidad y las emociones positivas que cada individuo tiene respecto a su vida, esto conlleva varios beneficios tales como una mejor salud, un rendimiento laboral alto y una mejor integración social, sin embargo, esto dependerá de la situación en la que se encuentre la persona, pues si en la vida le va bien experimentará sentimientos positivos y por ende su satisfacción con la vida será alta, en cambio sí se presentan sentimientos negativos el estado de bienestar se verá afectado y por ende su calidad de vida (Vázquez y Hervás, 2016).

De manera que hay dos tipos necesidades básicas relacionadas al estado de bienestar; la primera hace referencia a las necesidades fisiológicas, tales como el estado

de salud, hábitos alimenticios y descanso, entre otros, a lo que se denomina bienestar físico; mientras que la integración, aceptación o pertenencia a una comunidad junto con la educación, estado laboral y vivienda son aspectos relativos al bienestar social.

#### ***4.2.4.1. Bienestar físico del adulto mayor***

De acuerdo con lo antes mencionado, los adultos mayores expresan con mayor facilidad sus emociones y percepciones, es decir que son capaces de evaluar su propia vida y determinar si son felices o no, teniendo en cuenta su estado de salud y la disminución de sus funciones físicas, por lo tanto toman en consideración la sensación de que todos los órganos con sus funciones están intactos, que el cuerpo funciona eficientemente, y que la capacidad de realizar las actividades diarias está presente (Cuenca y Limón, 2015).

Siendo así, el bienestar físico de estas personas está relacionado con el estado de salud, que es considerada como la capacidad funcional de atenderse a sí mismos o de satisfacer sus necesidades por sus propios medios, además de desarrollarse en el seno familiar y social, lo cual permite, de forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir, así el bienestar del adulto mayor radica en su capacidad de adaptarse a los cambios físicos que se van produciendo con el paso de los años (Villafuerte, Alonso. A, Alonso. V, Alcaide, Leyva y Arteaga, 2017).

Dicho todo esto, es posible afirmar que el bienestar físico del adulto mayor se asocia con el estado de salud, considerado como la capacidad funcional que permite su desempeño adecuado dentro del entorno del que es parte, sin embargo, son pocos los adultos mayores que llegan a tener una vida saludable y satisfactoria. El bienestar físico del adulto mayor implica la capacidad para realizar actividades físicas, diarias e instrumentales.

En la Tabla 4 se exponen detalles para una mejor comprensión de esta clasificación.

**Tabla 4**

*Clasificación de actividades que realiza el adulto mayor*

<b>Actividades</b>	<b>Definición</b>
<b>Actividades físicas</b>	Son movimientos que realiza el cuerpo, como caminar, bailar, correr, nadar. Además, incluye los ejercicios corporales debido a que al mantener actividades físicas ayuda a que el adulto mayor tenga una vida más saludable, ya que el ejercicio se asocia a la prevención de sufrir caídas y fracturas, es así que el ejercicio para el adulto mayor debe realizarse de 2 a 3 veces por semana por ejemplo se recomienda realizar ejercicios aeróbicos (de Souto Barreto et al.,2019).
<b>Actividades de la vida diaria</b>	Son actividades que se realizan a diario y casi de forma automática, y son además indispensables para poder sobrevivir.
<b>Actividades básicas</b>	Son actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo como, comer, vestido, baño, higiene personal, la actividad sexual, dormir y descansar.
<b>Actividades instrumentales</b>	Son actividades encaminadas hacia la interacción con el medio que lo rodea, aunque no son tan elementales, pero sí necesarias para la vida independiente en la comunidad, por ejemplo, el cuidado de mascotas, la crianza de los niños, movilidad en la comunidad, crear y mantener un hogar e ir de compras.
<b>Actividades avanzadas de la vida diaria</b>	Se encuentran actividades que permiten participar en la comunidad como la participación en actividades educativas, de entretenimiento y laboral.

**Nota:** Las actividades que realiza el adulto mayor están relacionadas a su vida diaria tales como la participación e interacción con la comunidad y el entorno, adema actividades que permiten el cuidado propio junto con las actividades físicas. Tomado de (Amaya,2020).

Los adultos mayores que logran un nivel de bienestar físico y se sienten satisfechos en este aspecto, son capaces de adaptarse y afrontar los cambios que se presentan con la edad, esto se relaciona estrechamente con el estado de autonomía o independencia funcional para realizar y cumplir con las actividades diarias. En este sentido, Sanhueza (2003) enuncia que hay parámetros de salud que son de importancia para la salud pública con relación al bienestar físico de los adultos mayores, descritos en el Gráfico 1.

## Gráfico 1

### *Parámetros de salud en relación al bienestar físico*

**Mortalidad:** El riesgo de mortalidad es doble, para quienes tienen dificultad en las actividades instrumentales de la vida diaria y cuatro veces para quienes reciben ayuda.

**Consumo de recursos:** Las visitas frecuentes y recurrentes al médico, el uso de 2,3,4 o más fármacos, se relaciona con el grado de discapacidad o funcionalidad.

**Recursos sociales:** Los costos del cuidado personal y de ayuda doméstica para el adulto mayor conforme aumenta el nivel de dependencia aumentará el costo.

**Discapacidad:** Con el tiempo puede mejorar o desmejorar la salud y la enfermedad, aunque disminuyen en función de la edad, aunque no desaparecen por completo en edades muy avanzadas.

**Nota:** Los parámetros de salud en relación al bienestar físico son fundamentales para determinar el estado o condición de salud de los adultos mayores de acuerdo a los 4 aspectos que son la mortalidad, consumo de recursos, recursos sociales y discapacidad. Tomado de Sanhueza (2003).

Tal como se aprecia, el riesgo de mortalidad se incrementa conforme se avanza con la discapacidad, lo que se hace evidente en adultos mayores con dificultad física para desarrollar actividades de la vida diaria e instrumentales. Estos parámetros mencionados anteriormente, son esenciales para la asistencia del adulto mayor, que, a más de mejorar su condición de vida, muestran una marcada inclinación hacia la prevención de enfermedades, siendo también posible tratar de mejor manera las patologías; es así como los adultos mayores logran vivir hasta alcanzar edades muy avanzadas, algunos con buena salud.

#### **4.2.4.2. Bienestar social en el adulto mayor**

Zapata, Delgado y Cardona (2016) afirman que el mejoramiento de las condiciones físicas y mentales de las personas mayores permite que realicen una variedad de actividades productivas que contribuyen al desarrollo y bienestar de la familia y la sociedad; es por ello que las personas mayores participan activamente en una diversidad de ocupaciones de la vida cotidiana, colaborando notoriamente en las dinámicas de la familia y la comunidad que los rodea, dentro de las posibilidades que le otorga su condición física (p.849).

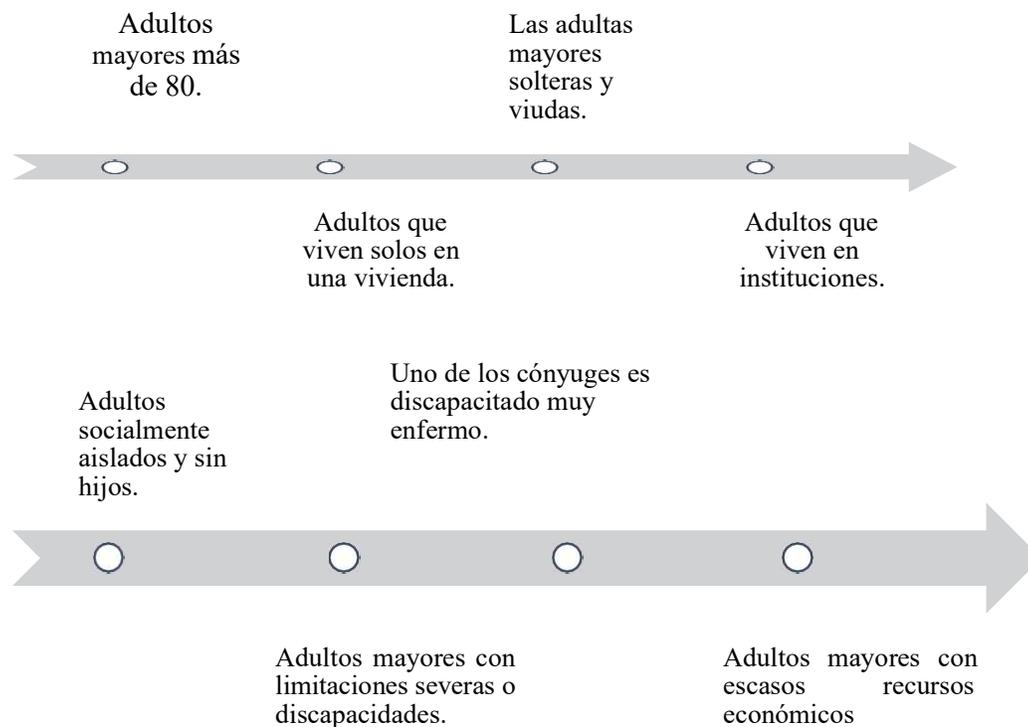
#### 4.2.4.3. Evaluación del aspecto y soporte social del adulto mayor

Por otra parte, según Martínez, Mitchell y Aguirre (2013), la evaluación del aspecto social en los adultos mayores es fundamental debido a que la valoración del entorno socio familiar, la participación social activa, el hábitat, el aspecto económico, cultural y las costumbres, permiten conocer el estado social de los grupos de adultos mayores que se encuentran en situación de riesgo; los autores indican que para la valoración de la participación e integración social, los vínculos interpersonales pueden ser evaluadas por las actividades avanzadas de la cotidianidad, así también se evalúa el autocuidado del adulto mayor y por último se evalúa la autonomía a través de las actividades instrumentales de la vida diaria (p.13).

En el Gráfico 2 es posible apreciar información de los grupos de este sector de la población que se encuentran en riesgo.

**Gráfico 2**

*Grupos de adultos mayores en situación de riesgo*



**Nota:** Los adultos mayores que se encuentran en situación de riesgo en el aspecto social de acuerdo a la gráfica descrita son propensos los adultos mayores de 80 años en adelante en vista de que a más edad se presenta más dificultades en la vida social de los adultos mayores. Tomado de Martínez et al. (2003, p. 14).

El sistema de soporte social en el adulto mayor consta de tres componentes que describe Battistella (2018), en primer lugar, el soporte informal que se constituye por amigos y familia; en segundo lugar, el aspecto formal constituido por el seguro social; y, por último, el soporte semiformal constituido por los centros de jubilación, iglesias, sociedades y centros recreativos que son instituciones cercanas a los adultos mayores (p.19).

#### **4.2.4.4. Rol Social del adulto mayor**

Los roles sociales son el conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos por la sociedad y la cultura, que se le atribuyen a un individuo. De tal manera, a lo largo de los años, el rol del adulto mayor ha cambiado a causa de la misma sociedad, quien le obliga a renunciar a varias de sus actividades cotidianas debido a las creencias y mitos acerca de la vejez, por ello este grupo poblacional tiende a ser excluido de la actividad social (Vielma,2017).

En otras palabras, a medida que pasa el tiempo, la sociedad cambia sus creencias porque antes se consideraba al adulto mayor como una persona útil y llena de sabiduría, pero en la actualidad se lo considera como una carga debido a que ya no cumple un rol importante dentro de su entorno; por ejemplo, en la sociedad actual se manifiesta que el adulto mayor ya no es eficiente y que sus conocimientos no son iguales a los de los jóvenes debido a los cambios derivados de los avances de la ciencia y tecnología.

Ante esto, Henríquez (2017) refiere que en la vejez hay un cambio de rol individual, el mismo presenta desde tres dimensiones explicadas a continuación:

##### **1. Cambio del rol individual**

- **Como individuo:** Los adultos mayores se vuelven conscientes de que la muerte se acerca; en este sentido, uno de los aspectos del desarrollo individual es la aceptación de la realidad de la muerte, por ejemplo, para algunos adultos mayores la muerte es una liberación, el final de una vida de lucha y preocupaciones, mientras que otros sienten temor.

- **Como integrante del grupo familiar:** Debido a que suelen vivir con sus hijos, nietos, o incluso con otras personas con las que no comparten lazos sanguíneos, la relación con la familia cambia a causa de dos aspectos fundamentales, el primero cuando el adulto mayor es independiente, puede valerse por sí solo y ayuda a los hijos. El segundo aspecto se presenta cuando el adulto mayor pierde su independencia y es considerado como una carga, por lo que la familia decide dejarlo en un asilo o en el abandono.
  - **Como persona capaz de afrontar las pérdidas:** Se caracterizan por la pérdida de un ser cercano como el conyugue, hijos y amigos y esto incluye que el adulto mayor tenga sentimientos de soledad.
2. **Cambio de rol laboral:** La jubilación es un cambio significativo para el adulto mayor debido a que el cambio tiende a ser difícil, pues dejar su entorno laboral y la actividad rompe con su cotidianidad, motivo por el cual buscan sentirse útiles para la familia y la sociedad, pero en ocasiones ya no cumple con un estado de salud óptimo para trabajar, y a su vez, la sociedad ya no permite el ingreso del adulto mayor al campo laboral.
  3. **Cambio de rol en la comunidad:** En la sociedad actual se valora al hombre o mujer que se encuentra activo debido a que es capaz de trabajar y generar ingresos; por lo tanto, el adulto mayor al estar jubilado se considera no activo, pero puede aportar con sus conocimientos y realizar actividades comunitarias tales como los voluntariados, retiros religiosos, vinculación con organizaciones de adultos mayores, etc.

Además, Huenchuan, Rodríguez, Bárcena y Mancera (2014) indican que los adultos mayores tanto “hombres mujeres siguen enfrentando desafíos y barreras, negligencia y aislamiento en todos los ámbitos de su vida y la negación de la posibilidad de una participación igualitaria en la sociedad” (p. 235).

No obstante, el adulto mayor siempre será un individuo con sabiduría debido a que ha experimentado situaciones de la vida, aunque algunos son jubilados y viven de la pensión, hay otros que trabajan de manera informal; son personas que son capaces de realizar varias actividades en beneficio de la sociedad.

#### **4.2.5. Calidad de vida del adulto mayor**

La calidad de vida es el conjunto de circunstancias que contribuyen al bienestar de un individuo y a la realización de su potencial social, en función a esto, se pueden mejorar las condiciones de vida que son primordiales para una persona y para la sociedad. De la misma forma, otros autores hacen referencia a que este factor está ligado al bienestar físico, social, emocional, espiritual e intelectual, lo que permite a un individuo satisfacer sus necesidades de manera apropiada (Rubio, Rivera, Borges y González, 2015).

Por lo tanto, la calidad de vida en el adulto mayor es consecuencia del medio en el que se ha desarrollado durante toda su vida. En la vejez, se relaciona con la autonomía e independencia de la persona, por lo que cabe mencionar que “las personas independientes, creadoras, involucradas en tareas posteriores a la jubilación, y con un sano equilibrio emocional, suelen vivir mejor y más años que las personas aisladas, recluidas, frustradas y deprimidas” (Martínez et al., 2013, p.10).

##### **4.2.5.1. Escala de FUMAT**

Para medir los diferentes aspectos del bienestar físico y social que influyen en la calidad de vida de adultos mayores dentro del presente estudio, se utilizará la Escala de FUMAT, misma que permite evaluar las variables de la investigación, ya que aplica mediciones de una forma subjetiva y objetiva, lo que permite obtener una evaluación completa de las condiciones de bienestar del adulto mayor, permitiendo conocer su estado sobre el tema de estudio.

El nivel de bienestar y la calidad de vida de las personas mayores dependen de su capacidad de adaptación a los cambios físicos, además de los factores externos también conocidos como psicosociales. Como se ha mencionado previamente, es importante que los adultos mayores participen activamente en actividades sociales y culturales, debido a que se puede alcanzar una longevidad satisfactoria a causa de la interacción constante con la familia, vecinos y amigos, e incluso mantener la participación activa en la sociedad como la seguridad, los recursos laborales y la dinámica familiar son puntos clave para que el adulto mayor alcance un bienestar social alto, pues por el contrario, si el adulto mayor es aislado de la sociedad, mantendrá un bienestar social bajo (Villafuerte et al., 2017).

## **4.2.6 Fundamentación de enfermería**

### **4.2.6.1 Teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson**

Virginia Henderson expone en sus trabajos a la enfermería como la capacidad de ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que permitan una pronta recuperación de salud, o incluso una muerte tranquila; refiriéndose a actividades que el individuo realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. El trabajo de esta rama de la salud se enfoca en realizar este acompañamiento de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible. Ante esto, la autora expone su teoría de las 14 necesidades básicas que deben poder satisfacer las personas para mantenerse sanas (Alligood y Tomey, 2018).

Este estudio abarca las seis necesidades básicas humanas, tales como moverse y mantener una postura adecuada, eliminar los desechos corporales, evitar los peligros del entorno, comunicarse con otros, trabajar para sentirse realizados y participar en actividades de recreación y ocio. En este sentido, la problemática planteada recae en que los adultos mayores que son del Centro de Salud Puerto de Chanduy presentan diversas limitaciones o enfermedades lo que ha hecho que algunos no sean capaces de realizar actividades de recreación y ocio, pues en algunos casos no pueden comunicarse ni relacionarse con otras personas fuera del entorno familiar y a su vez con el paso de los años la postura también sufre cambios drásticos.

De tal manera que estas necesidades básicas son primordiales en la vida de cada individuo; es importante que el adulto mayor logre satisfacerlas para alcanzar un estado de salud adecuado, bienestar óptimo y, por ende, una calidad de vida favorable durante su vejez; caso contrario si no logra satisfacer estas necesidades descritas anteriormente por sus propios medios, el personal capacitado, en este caso el personal de enfermería, ayudará a que el adulto mayor mejore su estado de salud.

### **4.2.6.2 Modelo de adaptación de Callista Roy**

Según en el modelo de adaptación de Callista Roy, se describe al ser humano como un individuo que tiene habilidades y recursos necesarios para lograr una adaptación a los cambios y situaciones por los que está enfrentando en lo relacionado con salud o enfermedad (Hernández, Jaimes, Carvajal, Suárez, Medina y Fajardo, 2016).

En la Tabla 5 se puede apreciar un detalle de tres de estos modos de adaptación planteados por la autora.

**Tabla 5**

*Tres Modos de adaptación de Callista Roy*

<b>Modos de adaptación</b>	<b>Definición</b>
<b>Modo fisiológico y físico de adaptación</b>	Son los aspectos físicos y fisiológicos que se presentan en el ser humano como, la oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso que son las necesidades básicas además se relaciona con el balance ácido base y electrolitos, los sentidos, la función neurológica y endocrina. <sup>a</sup>
<b>Modo de adaptación de función del rol</b>	Son los roles que cada persona ocupa en la sociedad, ya sea de manera individual y social, además implica la necesidad del individuo de saber quién es el en relación a otros, por ejemplo, el adulto mayor piensa y cree que aún es útil para desempeñar un rol laboral, pero el contratante piensa y cree que el adulto mayor ya no puede desempeñar la actividad laboral dentro del lugar de trabajo.
<b>Modo de adaptación de interdependencia</b>	Hace referencia en las relaciones cercanas con las personas, como individuos y grupos más que roles en la sociedad, es decir que existe una relación con los procesos afectivos que desarrolla como persona mientras va creciendo y como miembro que contribuye en la sociedad. Este es el caso de un adulto mayor que tiene amigos y es participe de actividades comunitarias.

**Nota:** los 3 modos de adaptación de Roy son fundamentales en la vida del adulto mayor debido a que el ser humano sufre cambios biológicos y físicos a una edad avanzada por lo tanto requiere de adaptación para mejorar su condición de salud y calidad de vida. Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn. Tomado de Alarcón (2007, p.157) <sup>a</sup>

Esta información se adapta a la realidad de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy ya que sufren cambios fisiológicos y físicos que con el paso de los años y esto afecta sus emociones y el rol social e individual que cumplen, de tal manera requieren modos de adaptación para mejorar su calidad de vida.

#### **4.2.6.3. Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem**

Por su parte, Dorothea Orem define su teoría de déficit de autocuidado como un modelo amplio compuesto por tres teorías interconectadas. La Teoría del Autocuidado, que describe cómo las personas cuidan de sí mismas; la Teoría del Déficit de Autocuidado, que hace hincapié en cómo la enfermera puede ayudar a la persona; y la Teoría de los Sistemas de Enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se dé el cuidado del enfermero (Allí Good y Tomey, 2018, p. 273-274).

Ante esto, la Teoría del Autocuidado se relaciona con la problemática planteada debido a que el autocuidado se basa en la práctica de las ocupaciones que los adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Puerto de Chanduy inician por sí mismos y con el interés de conservarse vivos y sanos, de esta manera se produce la búsqueda del desarrollo personal y la paz, con el fin de sentirse realizado y satisfecho y obtener un bienestar físico y social alto, lo que conlleva que la calidad de vida del adulto mayor sea óptima.

#### **4.2.6.4. Teoría del cuidado humano de Jean Watson**

Martínez y Chamorro (2016), citan a Jean Watson, quien declara que es necesario rescatar aspectos humanos y espirituales, tanto en la práctica clínica, la administrativa y en el rol docente e investigativo por parte de los profesionales de enfermería.

Finalmente, esta teoría se relaciona con la problemática planteada porque se pretende alcanzar un alto nivel de armonía con la mente, el cuerpo y el espíritu, lo que da como resultado el respeto por uno mismo. El autoconcepto positivo de sí mismo también incluye que la atención de un profesional de la salud como el enfermero(a) a partir del conocimiento científico y la aplicación de enfoques de investigación innovadores, han guiado al individuo, la familia y la comunidad hacia las actividades que se deben realizar para mantener una salud adecuada mediante la prevención de enfermedades.

### **4.3. Fundamentación legal**

El presente estudio se basa legalmente en la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de Salud, el Proyecto Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una vida”, y en la Norma Técnica del Adulto Mayor.

#### **Constitución de la República del Ecuador**

En el título II, la Constitución de la República del Ecuador (2008), refiere:

**Art.32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Por otro lado, en el Régimen del Buen Vivir en el título VII de la Sección Primera de Adultas y Adultos Mayores la Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador (2008) indica lo siguiente:

**Art.36.-** Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

**Art. 37.-** Que el estado garantizará a los adultos mayores el derecho a una atención de salud gratuita y especializada, así como el acceso a medicación gratuita.

**Art.38.-** Que el estado establece a la población de adultos mayores programas de atención y políticas públicas, en el cual tomará medidas en especial como: la atención en centros de especialización que garanticen su enseñanza, el cuidado diario y la salud dentro un marco de defensa de los derechos de manera integral; el desarrollo de programas que establecen la inclusión social y el impulso de la autonomía de los adultos mayores.

#### **Ley Orgánica de Salud**

Registro Oficial Suplemento 484 (2015) en el capítulo III “De los derechos del Estado, sociedad y la familia frente a las personas adultas mayores”, en su art. 11

menciona que es corresponsabilidad de la familia el velar por la integridad física y emocional de las personas de tercera edad, satisfaciendo sus necesidades en nutrición y salud, así mismo ofertar apoyo para lograr autonomía y desarrollo integral fortaleciendo sus habilidades y destrezas.

### **Toda una vida del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021**

Según el Plan Nacional de Desarrollo (2017), en el eje 1 “Derechos para toda una vida”, objetivo 1, consta: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (párrafo 1). Indica que el individuo es un sujeto de derechos y, por tanto, el Estado asume obligaciones para garantizar estos derechos, especialmente respecto a los grupos prioritarios. Además, en la política 1.6 menciona que se debe garantizar un cuidado integral en salud a los grupos prioritarios, en especial adultos mayores durante sus diferentes etapas de la vida, bajo juicios de calidad y accesibilidad.

### **Norma Técnica del Adulto Mayor**

En la Norma Técnica del Adulto Mayor indica en la política 1.2.- “Que se fundamente la política pública para los adultos mayores, a partir de una visión que considere al envejecimiento de manera positiva, activa y saludable para mantener un estilo de vida sana, con la inclusión y participación social” (El Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014, p.9).

## **5. Formulación de la hipótesis**

El bienestar físico y social afectará el nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

### **5.1. Identificación y clasificación de variables**

Las variables de este estudio se clasifican de la siguiente manera;

**Variable independiente:** Bienestar físico y social

**Variable Dependiente:** Calidad de vida de los adultos mayores.

### 5.2. Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional		
			Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
El bienestar físico y social afectará la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy	V.D	La calidad de vida es condiciones que permiten que el individuo logre satisfacer sus necesidades, es decir que el individuo no solo sobreviva si no que viva con tranquilidad y en mejores condiciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones interpersonales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida alta</li> </ul>	Escala de FUMAT
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar material</li> <li>• Desarrollo personal</li> <li>• Inclusión social</li> <li>• Derechos</li> <li>• Autodeterminación</li> <li>• Bienestar físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida media</li> <li>• Calidad de vida baja</li> </ul>	

Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn

**Operacionalización de variables**

<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumentos</b>
<b>El bienestar físico y social afectará la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy</b>	<b>V.I</b> Bienestar físico y social	El bienestar físico se relaciona con el estado de salud del cuerpo debido a que todos los órganos están sanos y su capacidad física funciona correctamente. Mientras que el bienestar social es el conjunto de elementos que dan lugar a la satisfacción del ser humano a nivel social y personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tiene problemas de movilidad.</li> <li>-Tiene problemas de continencia.</li> <li>-Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.</li> <li>-Su estado de salud le permite salir a la calle.</li> <li>-Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana.</li> <li>-Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.</li> <li>-Realiza actividades que le gustan con otras personas.</li> <li>-Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.</li> <li>-Mantiene una buena relación con las personas del servicio al que acude</li> <li>-Carece de familiares cercanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre o casi siempre</li> <li>• Frecuentemente</li> <li>• Algunas veces</li> <li>• Nunca o casi nunca</li> </ul>	<b>Escala de FUMAT</b>

*Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn*

Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	
		Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Valora negativamente sus relaciones de amistad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre o casi siempre</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuentemente</li> </ul>	<b>Escala de FUMAT</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-El lugar donde vive es confortable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunas veces</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manifiesta no está satisfecho con su jubilación o pensión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o casi nunca</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificulta alguna de sus actividades.</li> </ul>		

*Elaborado por: Naula Evas Jessica Evehyn*

Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
				<p>-El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades</p> <hr/> <p>-Dispone de las cosas materiales que necesita</p> <hr/> <p>-Dispone de las cosas materiales que necesita</p> <hr/> <p>-El lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades</p> <hr/> <p>-Puede leer información básica para la vida cotidiana</p> <hr/> <p>-Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que le plantean</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre o casi siempre</li> <li>• Frecuentemente</li> </ul>	<p><b>Escala de FUMAT</b></p>
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunas veces</li> <li>• Nunca o casi nunca</li> </ul>	

*Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn*

Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
				<p>-Tiene dificultades para expresar información</p> <p>-En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan</p> <p>-Es responsable de la toma de su medicación</p> <p>-Muestra escasa flexibilidad mental</p> <p>-Hace planes sobre su futuro</p> <p>-Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre o casi siempre</li> <li>• Frecuentemente</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Escala de FUMAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunas veces</li> <li>• Nunca o casi nunca</li> </ul>

*Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn*

Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Instrumentos
Dimensiones	Indicadores			
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Otras personas organizan su vida</li> <li>-Elije como pasar su tiempo libre</li> <li>-Ha elegido el lugar donde vive actualmente</li> <li>-Su familia respeta sus decisiones</li> <li>-Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas</li> <li>-Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida</li> <li>-Participa en diversas actividades de ocio que le interesan</li> <li>-Está excluido de su comunidad</li> <li>-En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyo cuando lo necesita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre o casi siempre</li> <li>• Frecuentemente</li> <li>• Algunas veces</li> <li>• Nunca o casi nunca</li> </ul>			<p><b>Escala de FUMAT</b></p>

*Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn*

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Instrumentos
				<p>-Tiene amigos que lo apoyan cuando lo necesita</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre o casi siempre</li> </ul> <p>-Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude</p> <p>-Está integrado con las personas del servicio al que acude</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuentemente</li> </ul> <p>-Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude</p> <p>-Tiene dificultades para participar en su comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunas veces</li> </ul> <p>-En el servicio al que acude respetan y defienden sus derechos</p> <p>-Reciben información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o casi nunca</li> </ul> <p>-Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados</p> <p>-Cuenta con asistencia legal o acceso a servicios de asesoría legal</p> <p>-Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, procesos legales, etc.)</p>	<p><b>Escala de FUMAT</b></p>

## CAPÍTULO III

### 6. DISEÑO METODOLÓGICO

#### *6.1. Tipo de Investigación*

El proyecto de investigación es de enfoque cuantitativo, debido a que se realizan encuestas para la recolección y tabulación de datos; también es transversal, ya que este instrumento se lo aplica en la muestra de adultos mayores en un tiempo determinado del 19 hasta el 26 de agosto del presente año, para estimar la magnitud y distribución de los datos obtenidos sobre el bienestar físico, social y su influencia en la calidad de vida.

Además, es correlacional, así como para contrastar estas variables, conocer cómo se afectan entre sí y su influencia en los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy. Por otro lado, se aplica una investigación descriptiva ya que se mencionan las características fundamentales del objeto de estudio y permite conocer a fondo el bienestar físico y social de los adultos mayores.

#### *6.2. Métodos de investigación*

La población y la muestra están conformadas por 40 adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy. Para ello, se considera los siguientes criterios:

##### **Criterios de inclusión**

- Adultos mayores sin y con discapacidad a partir de 65 años de edad.
- Adultos mayores pertenecientes al Centro de Salud Puerto de Chanduy
- Adultos mayores que desean participar en la investigación.

##### **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores con enfermedades mentales graves.
- Adultos no mayores de 65 años.
- Adultos mayores que no desean participar en la investigación.
- Adultos mayores que no pertenecen al Centro de Salud Puerto de Chanduy

#### *6.3. Tipo de muestreo*

El presente estudio está basado en el método no probabilístico y se emplea el muestreo por conveniencia en vista de que la muestra de adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Puerto de Chanduy, tiene facilidad de acceso, disponibilidad y porque

pertenecen a la población de interés para la realización de la presente investigación en un tiempo determinado y de bajo costo, para establecer la cantidad de adultos mayores que participaran en la investigación.

#### ***6.4. Técnicas recolección de datos***

Para este estudio se utiliza la encuesta que permite obtener información puntual que se requiere para analizar el bienestar físico, social y la calidad de vida de los participantes. Además, se aplica también la observación como una herramienta de gran utilidad que permite evaluar a los adultos mayores en cada una de sus actividades.

#### ***6.5. Instrumentos de recolección de datos***

Se utiliza la Escala de FUMAT, que es un cuestionario de 57 preguntas de respuesta tipo Likert, en donde se tiene cuatro opciones: siempre, frecuentemente, algunas veces y nunca. Una vez aplicado y comprobado que no se ha dejado ninguna pregunta en blanco, el informador debe puntuar e interpretar los resultados como se describe a continuación, de acuerdo a Verdugo et al. (2009):

- **Puntuaciones Directas:** Se suma las respuestas de cada una de los ítems que la componen, para obtener la puntuación directa total en cada dimensión.
- **Puntuaciones Estándares:** Para obtener la puntuación estándar y el percentil correspondiente a la puntuación directa total de cada una de las dimensiones.

Para el cumplimiento del primer objetivo se aplicará la dimensión de bienestar físico, el cual se clasifica mediante una escala Likert (siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces y nunca, casi nunca) y está compuesta de 6 parámetros.

Para el segundo objetivo evaluar el nivel de bienestar social se realiza la valoración para cada dimensión, es decir para las 6 dimensiones el cual se clasifica mediante una escala Likert (siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces y nunca, casi nunca) se mencionan a continuación estas 6 dimensiones:

- 1. Relaciones interpersonales**, compuesta por 6 parámetros.
- 2. Bienestar material**, compuesta por 7 parámetros.
- 3. Desarrollo personal**, compuesta por 8 parámetros.

**4. Autodeterminación**, compuesta por 8 parámetros.

**5. Inclusión social**, compuesta por 9 parámetros.

**6. Derechos**, compuesta por 5 parámetros.

Finalmente; para el tercer objetivo valorar la calidad de vida, para ello se establecieron parámetros de registro tal como se indica en el instrumento. Según Verdugo et al. (2009) en la escala se valora el índice de calidad de vida con una media de 100 y una desviación típica de 15 puntos por lo que se trabajará con los siguientes puntos de corte:

- 62 a 85 - Calidad de vida baja
- 86 a 115 - Calidad de vida media
- 116 a 123 - Calidad de vida alta

El instrumento permite evidenciar a través de un perfil de calidad de vida las dimensiones más afectadas o potenciadas en el individuo.

- **Índice de calidad de Vida:** Primero se han de sumar las puntuaciones estándar de las 7 dimensiones y se obtendrá el ítem **puntuación estándar total**.

Por tanto, este resultado se convierte en el Índice de Calidad de Vida o puntuación estándar compuesta. En dicha tabla deberá localizar la puntuación estándar total; en la misma fila, en las dos columnas de la derecha, encontrará el Índice de Calidad de Vida. En cambio, el **perfil de calidad de vida**; proporciona una representación gráfica de las puntuaciones estándar obtenidas por el individuo en las dimensiones de calidad de vida, con su correspondiente índice y percentil de calidad de vida. Para obtener el Perfil de Calidad de vida, debe rodear la puntuación estándar obtenida en cada dimensión de calidad de vida y unir las mediante una línea. Por lo que se trabajará con la siguiente puntuación:

- 50 – 99 (Aceptable)
- 49 – 1 (Inaceptable)

## **Procesamiento de la información**

Para procesar y tabular la información obtenida, se utiliza Microsoft Excel a través del cual se generan gráficos de barras para representar los porcentajes del nivel del bienestar físico, social, el nivel y percentil de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud de Puerto de Chanduy.

Cabe mencionar que, durante la aplicación del instrumento, se toman fotografías como evidencia que es parte de este documento.

### ***6.6. Aspectos éticos***

La enfermería se reconoce socialmente como una profesión de servicio, dirigida a apoyar, servir y proteger la salud de los individuos, además, la relación entre enfermera y persona sana o enferma es un aspecto importante debido a que se logra cumplir con los objetivos y propósitos de la salud del individuo. También es una relación ética, en que los valores de cada individuo son conocidos y considerados de igual importancia, por lo que el personal de enfermería tiene un comportamiento práctico moral.

El presente trabajo de investigación contó con la respectiva elaboración y entrega de la solicitud para el permiso correspondiente a la Dra. Isabel Rivas Macias directora del Centro de Salud Puerto de Chanduy, misma que expresaba la necesidad de realizar la investigación dentro de la institución de salud, adjuntando el cronograma de actividades. Por ende, se elaboró el consentimiento informado respectivo para la aplicación del instrumento a los adultos mayores del Centro de Salud, explicando el propósito de la investigación con un lenguaje claro, preciso y entendible para el individuo y garantizando la total confidencialidad de los datos obtenidos durante la aplicación del instrumento y después del mismo debido a que la investigación será con fines académicos.

Por lo cual, mediante los medios anteriormente enunciados se logró el desarrollo del presente trabajo de investigación ejecutado en el Centro de Salud Puerto de Chanduy del cantón Santa Elena, bajo criterios éticos y de confidencialidad que garantizan la integridad de los adultos mayores que forman parte del estudio.

Detallando y aplicando la metodología mencionada se obtienen los siguientes resultados para cumplir los objetivos propuestos y dar solución a la problemática.

## CAPÍTULO IV

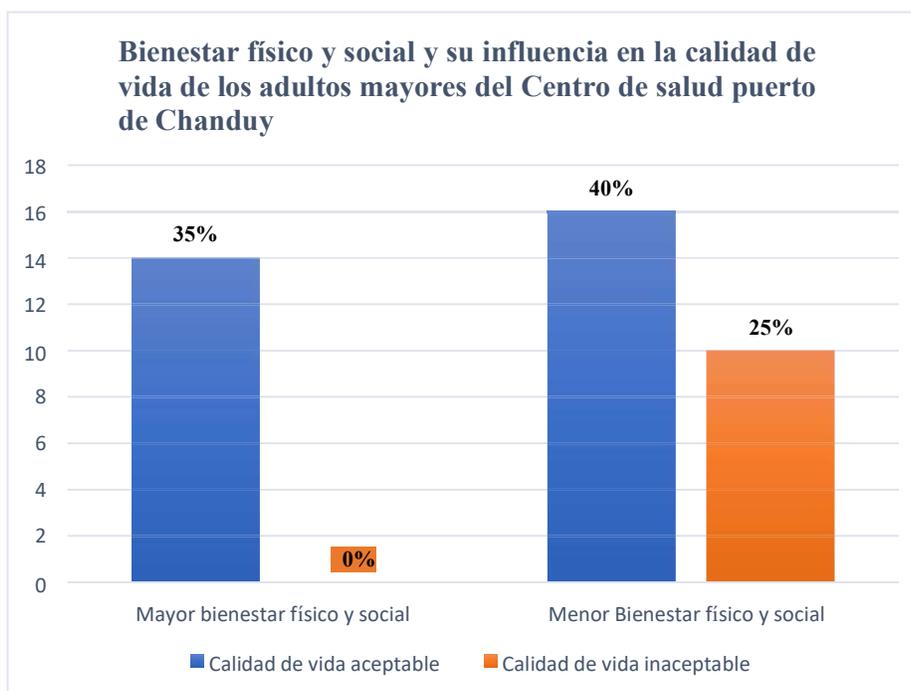
### 7. Presentación de resultados

#### 7.1. Análisis e interpretación de resultados

Una vez aplicados el instrumento respectivo a los 40 adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Puerto de Chanduy, se realiza el análisis de los resultados obtenidos. En ese sentido, en el Gráfico 3 se detalla la información del objetivo general

**Gráfico 3**

*Determinar el bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de salud puerto de Chanduy*



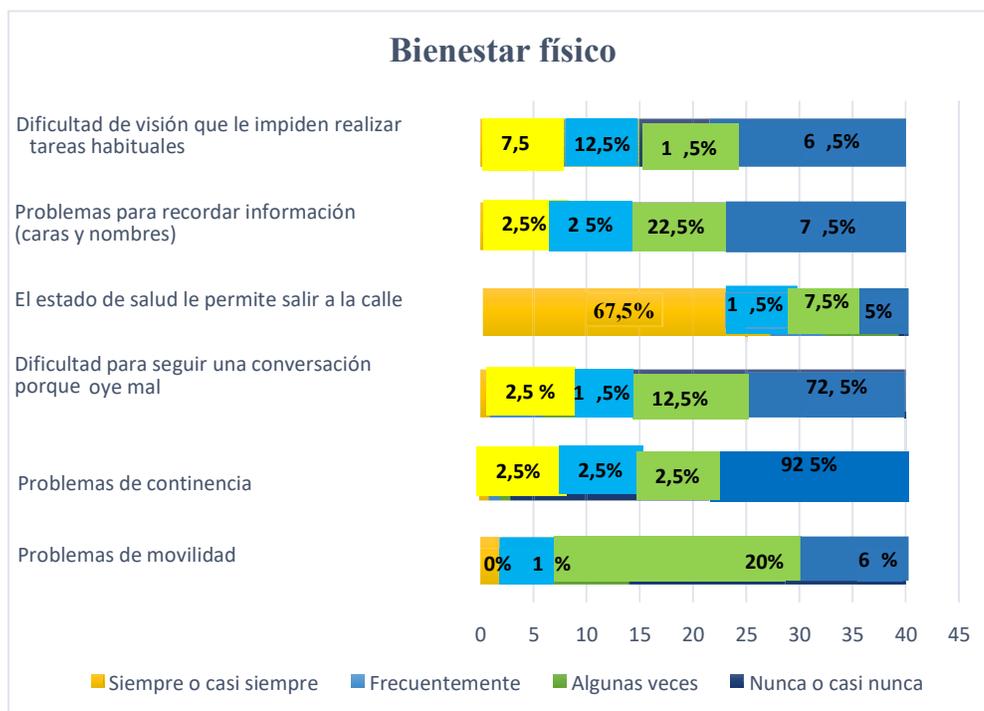
**Nota:** Bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud de Puerto Chanduy, en esta grafica se puede observar como el bienestar físico y social influye en la calidad de vida de los participantes. Fuente: Adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

Se obtuvo como resultado que de los 40 adultos mayores encuestados el 35% de ellos tiene una calidad de vida aceptable mientras el 0% corresponde a calidad de vida inaceptable haciendo énfasis en que (14) adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy tienen mayor bienestar físico y social en cambio (26) adultos participantes corresponden al 40% de ellos que tienen una calidad de vida aceptable a su vez un 25%

representa a los adultos encuestados que tienen una calidad de vida inaceptable. Con respecto a los datos estadísticos mostrados se alude que no todos los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy tienen el mismo bienestar físico y social por lo tanto, a mayor bienestar físico y social la calidad de vida también será mayor caso contrario si el bienestar físico y social es menor la calidad de vida también se verá afectada, tomando en consideración que el bienestar físico y social influye en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

**Gráfico 4**

*Bienestar físico*



**Nota:** El bienestar físico se relaciona con las condiciones físicas y biológicas que necesita el ser humano para tener una funcionalidad y capacidad adecuada de cada uno de los órganos y sentidos. Fuente: Adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

En relación al primer objetivo planteado los resultados mostraron que el 65% de adultos mayores del Centro de Salud de Puerto Chanduy menciona que nunca o casi nunca presentan problemas de movilidad, mientras que el 35% si presenta en los siguientes porcentajes: 20% algunas veces, 10% frecuentemente y 5% siempre o casi siempre, lo que por ende afecta directamente a su calidad de vida. Por tanto, con lo antes mencionado se deduce que la minoría de adultos mayores del Centro de Salud presentan problemas de movilidad la misma que causa que el bienestar físico no sea óptimo.

Por otra parte, el 92,5% menciona que nunca o casi nunca presenta problemas de continencia y apenas el 7,5% si los tiene y se distribuye equitativamente en 2,5% cada uno de las siguientes respuestas: siempre o casi siempre, frecuentemente y algunas veces. Por tanto, se deduce que un porcentaje bajo (7,5%) de los participantes tienen o presenta problemas de continencia, aunque es solo una pequeña parte de la muestra que a medida que pasa los años el individuo presentara o no problemas de continencia ocasionado que el bienestar físico se vea afectado. Estos resultados demuestran que no necesariamente el aumento de la edad está relacionado directamente con problemas de continencia, pues estos tienen otros factores por los cuales se generan por los cambios fisiológicos de los adultos mayores.

En cuanto a la presencia de dificultades auditivas que inciden en mantener una conversación fluida, el 72,5% afirma que nunca o casi nunca le sucede, mientras que el 27,5% si lo experimenta de la siguiente manera: 12,5% frecuentemente, 12,5% algunas veces, y finalmente solo el 2,5% siempre o casi siempre tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal. Cómo se puede observar, si existe una cierta tendencia a que se pierda la capacidad auditiva en el transcurso de la edad, lo cual está relacionado al propio deterioro de los órganos y sistemas de la persona. Por lo tanto, se recomienda tratar las infecciones auditivas de manera adecuada evitar el uso excesivo de hisopos y ruidos fuertes.

En relación a la restricción de salir a la calle para preservar su estado de salud, el porcentaje es totalmente alto, pues el 97,5% no puede salir y está conformado de la siguiente forma: 67,5% siempre o casi siempre; 17,5% afirma que algunas veces; y el 12,5% frecuentemente; es así que apenas el 2,5% nunca o casi nunca tienen problemas para salir a la calle. Estos resultados siguen una lógica, pues los adultos mayores presentan enfermedades o síndromes geriátricos que son propios del envejecimiento y que inciden en su bienestar físico.

En otro aspecto, un dato muy positivo es que el 72,5% nunca o casi nunca tiene problemas para recordar información de la vida cotidiana, apenas el 22,5% algunas veces y el 5% frecuentemente, siempre o casi siempre; cabe resaltar que por información cotidiana se refiere a aspectos básicos como nombres y caras familiares. Esta falta de memoria ocurre por el propio envejecimiento de los órganos, sistemas y es muy propio de cada persona, pues depende de diversos factores para ocurra en mayor o menor cantidad.

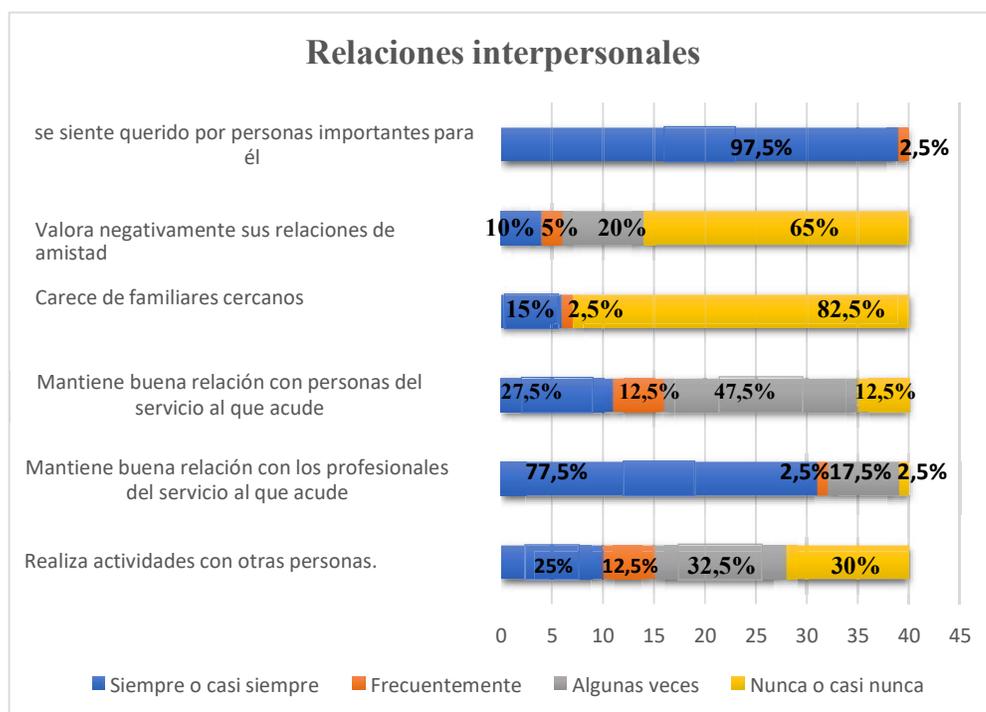
Finalmente, en cuanto a dificultades de visión el 62,5% menciona que nunca o casi nunca las tiene, el 17,5% algunas veces, el 12,5% frecuentemente y el 7,5% siempre o casi siempre presenta problemas visuales que le impide desenvolverse de manera adecuada en sus actividades. Aquí es importante tomar en cuenta que existen enfermedades oculares no transmisibles como la retinopatía diabética que interfieren en la visión debido a los cambios fisiológicos a nivel ocular. Además, debido a que en Ecuador la mayoría de adultos mayores padecen de diabetes, y con los años los ojos están expuestos de manera directa a los rayos ultravioletas, es necesario constantemente cuidar la vista con el uso constante de gafas.

Por lo tanto, hasta este punto se concluye que son pocos los adultos mayores que tiene un menor bienestar físico, sea por problemas de movilidad, de continencia, auditivos, visuales, de memoria o todos juntos; pero si hay que tomar en cuenta que la gran mayoría (97,5%), no tienen las condiciones óptimas para exponerse por sí solos a ambientes externos que no sean dentro del centro de salud donde se encuentran.

Por otro lado, con relación al segundo objetivo que busca evaluar el bienestar social de los participantes, este se determina desde las siguientes dimensiones: relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos, cada uno con sus respectivos ítems o parámetros que se detallan en el gráfico 5.

**Gráfico 5**

*Relaciones interpersonales*



**Nota:** Se relaciona con la interacción y relaciones sociales entre dos o más individuos. Se basa en la parte afectiva y las relaciones circunstanciales que se presentan en diferentes lugares, en este caso con el Centro de Salud. Fuente: Adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 32,5% indica que algunas veces realiza actividades con otras personas, el 30% manifiestan que nunca o casi nunca, el 25% siempre o casi siempre y apenas el 12,5% lo hace que frecuentemente. Lógicamente, la actividad física del adulto mayor está totalmente vinculada a su estado de salud que le limita a desarrollarse en diferentes actividades que impliquen mayor esfuerzo.

Precisamente, debido a que los adultos mayores se mantienen con poca actividad y dentro del centro de salud, es indispensable que logren tener una buena relación con los profesionales de servicio que les permita vivir de manera plena día a día. En este sentido, el 77,5% indica que siempre o casi siempre mantienen una buena relación, el 2,5% frecuentemente, el 17,5% algunas veces y solo el 2,5% menciona que nunca o casi nunca.

Estas cifras tienen dos aristas claras: por un lado, el mismo estado de salud de la persona le puede impedir relacionarse adecuadamente con el personal; por otro lado, también tiene mucho que ver el temperamento de cada individuo que difícilmente se puede cambiar a esa edad. En este ámbito, también se analiza la relación con las personas (no profesionales de la salud) y se demuestra que el 27,5% siempre o casi siempre mantiene buena relación, el 12,5% frecuentemente, el 47,5% algunas veces y el 12,5% nunca y casi nunca.

Por otro lado, en respuesta a si carecen de familiares cercanos, el 82,5% afirman que nunca o casi nunca tienen esta ausencia, 15% menciona que siempre o casi siempre y el 2,5% frecuentemente. Aunque no es un porcentaje alto, el hecho de que un adulto mayor no tenga la compañía de sus familiares es lamentable, pues esto puede influir directamente en su estado emocional y por ende físico; ciertamente, esta ausencia no siempre es porque no los quieran visitar, por ejemplo, en algunos casos las personas vivían solas y sus familias en otras provincias o cantones.

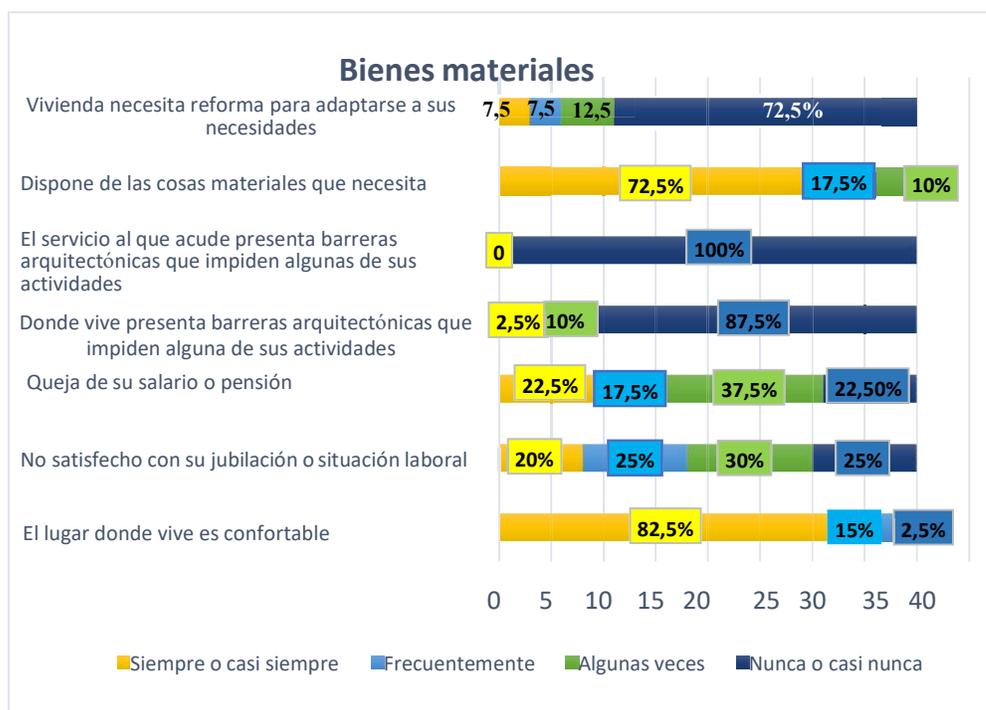
Debido a que la familia de sangre no es con quien convivan día a día, es también necesario conocer si valoran negativamente sus relaciones de amistad. Es así que el 65% indican que nunca o casi nunca valoran de esta manera a sus amistades, el 20% algunas veces, el 10% siempre o casi siempre y 5% frecuentemente. Es entendible que a medida que avanza la edad, una persona puede verse limitada a entablar relaciones de amistad con otras fuera del entorno familiar, como lo hacían en su juventud, debido a circunstancias propias de cada adulto mayor. Esto también está relacionado a que el 97,5% de los adultos mayores se sienten queridos por personas que son importantes para él y apenas el 2,5% indican que frecuentemente.

Como se observa, las relaciones interpersonales no están en gran mayoría afectadas, aunque indudablemente presentan alteraciones en algunos de los participantes las cuales están relacionadas a los cambios fisiológicos y al rol personal, lo que concuerda con el modelo de adaptación de Callista Roy: aunque no todos pueden relacionarse con otras personas que no son de su entorno familiar, se adaptan a cuidarse por sí mismos sin importar la edad o condiciones físicas.

A continuación, en el Gráfico 6 se presentan los resultados obtenidos sobre los bienes materiales.

**Gráfico 6**

*Bienes materiales*



**Nota:** Los bienes materiales se asemejan a las condiciones básicas y necesarias para vivir de manera adecuada. Pertenece a la parte social debido a que, si el adulto mayor cuenta con ingresos económicos propios, podrá satisfacer las necesidades que amerite. Fuente: Adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

El 82,5% menciona que el lugar donde vive es siempre confortable, e 15% indica que frecuentemente y solo un 2,5% afirma que nunca o casi nunca. Por medio de la observación, se pudo evidenciar que las viviendas de este 17,5% no contaban con iluminación, servicios básicos o se encontraban en lugares con vías no pavimentadas.

En relación a qué tan satisfechos se encuentran con su jubilación o situación laboral, el 20% indica que siempre está satisfechos, el 25% frecuentemente, el 30% a veces y el 25% nunca o casi nunca. Esto se relaciona también con el 22,5% que siempre se queja de su salario o pensión, el 17,5% frecuentemente, el 37,5% a veces y el 22,5% nunca o casi nunca. Es necesario recordar en este aspecto que la mayoría de los adultos mayores dependen únicamente de su trabajo informal, jubilación o pensión, ya sea del seguro campesino o del bono de desarrollo humano, por lo que estos ingresos son sustanciales para ellos. Pero pese a estas discrepancias con respecto a los ingresos, el 72,5% indica que siempre dispone de las cosas materiales que necesita, el 17,5% dice que frecuentemente y el 10% algunas veces.

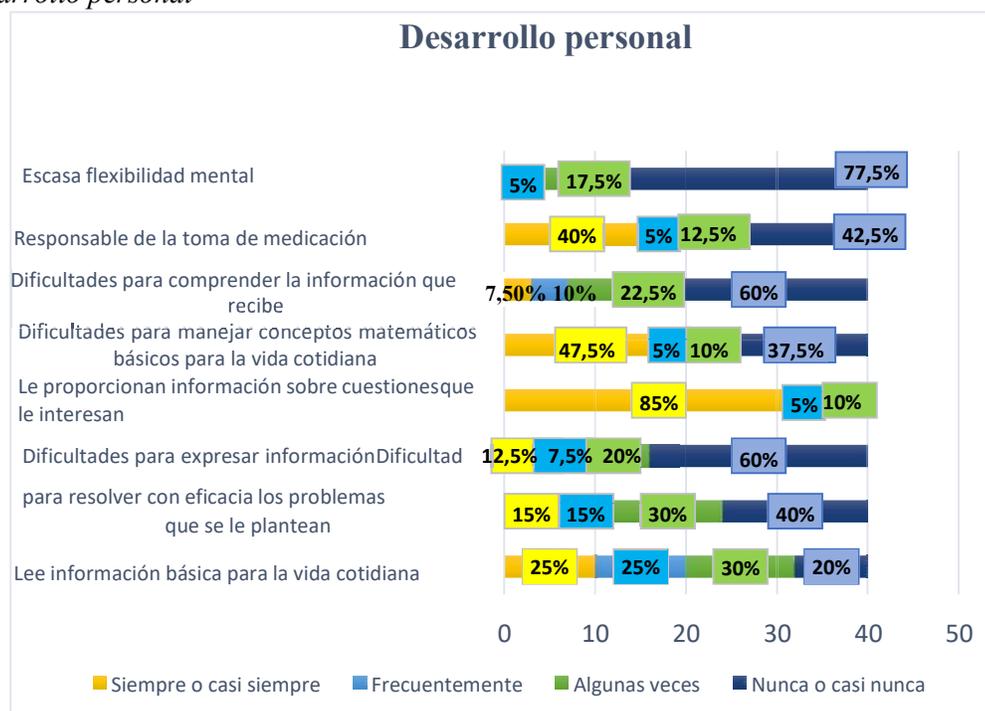
En cuanto a si el lugar donde viven tiene barreras arquitectónicas que limite sus actividades, el 87,5% indica que no es así, mientras que el 10% afirma que a veces y el 2,5% siempre. De todas maneras, esto al menos se puede contrarrestar en algo ya que el 100% indica que el Centro de Salud Puerto de Chanduy no tiene ninguna barrera de este estilo, lo que reafirma que cumple con todas las medidas necesarias para que el espacio se adapte a las múltiples condiciones de salud que una persona puede tener.

Por otro lado, con respecto a si necesitan reformas en su vivienda, el 72,5% indican que nunca o casi nunca las requiere, el 12,5% las necesita algunas veces, el 7,5% frecuentemente, y otro 7,5% menciona que siempre o casi siempre. Quienes indican que deben hacer cambios a sus casas, son sobre todo aquellos que presentan problemas de continencia, movilidad o enfermedades propias de la vejez que requieren de mayor atención.

En conclusión, los bienes materiales son parte fundamental e inherente para el bienestar social del individuo, pues influyen directamente en varios aspectos de su vida, así como lo hace también su desarrollo personal, el cual se detalla en el gráfico 7

**Gráfico 7** 7,50% 10%

*Desarrollo personal*



**Nota:** El desarrollo personal se relaciona con el bienestar social debido a que hace referencia a como los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy son individuos que a pesar de la edad, tienen el deseo de superación y crecimiento que permite dar sentido a su propia vida. Fuente: Adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

El 77,5% menciona que nunca o casi nunca presenta escasa flexibilidad mental, en cambio solo un 17,5% de ellos indica que algunas veces y un 5% siempre o casi siempre. Esto se debe a que no todos los adultos mayores se adaptan a los cambios conductuales o de pensamiento de manera fácil, lo cual se puede deber a enfermedades o síndromes geriátricos que son propios del adulto mayor y por su mismo temperamento.

Por otro lado, con relación a si son responsables en la toma de su medicación existe un porcentaje bastante dividido, pues el 42,5% indica que nunca o casi nunca es responsable, mientras que el 40% afirma que siempre lo es y el porcentaje restante fluctúa entre frecuente y a veces. Cabe mencionar que por lo general quienes no se responsabilizan por sus medicamentos, son aquellos que requieren de un mayor control por parte de una persona debido a su condición de salud

Con relación a la dificultad para comprender la información que reciben, el 60% afirma que nunca o casi nunca tiene dificultad, el 22,5% algunas veces, el 10% frecuentemente y solo el 7,5% siempre o casi siempre. Esto está directamente relacionado a los problemas de audición, escasa flexibilidad mental o patologías de cada individuo. A estos resultados también se relaciona que el 47,5% siempre tiene dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos para la vida cotidiana, en contraste con el 37,5% que indica que nunca o casi nunca presentan estas debilidades.

No obstante, el 85% de los mismos encuestados indican que siempre o casi siempre le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan a su vez solo el 10% de ellos manifiestan que alguna algunas veces le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan en cambio un 5% de los encuestados refieren que frecuentemente le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan. En conclusión, el 100% de adultos mayores recibe información sobre cuestiones que le interesan dado que el cuidador es la persona quien recibe la información debido a que ya los adultos mayores del centro de salud tienen un problema de pérdida de audición y de movilidad.

Por otro lado, el 60% de los adultos mayores indica que nunca o casi nunca tiene problemas para expresar sus ideas, el 20% manifiesta que algunas veces, el 12,5% siempre o casi siempre y el 7,5% frecuentemente. Esto puede ser consecuencia de varias

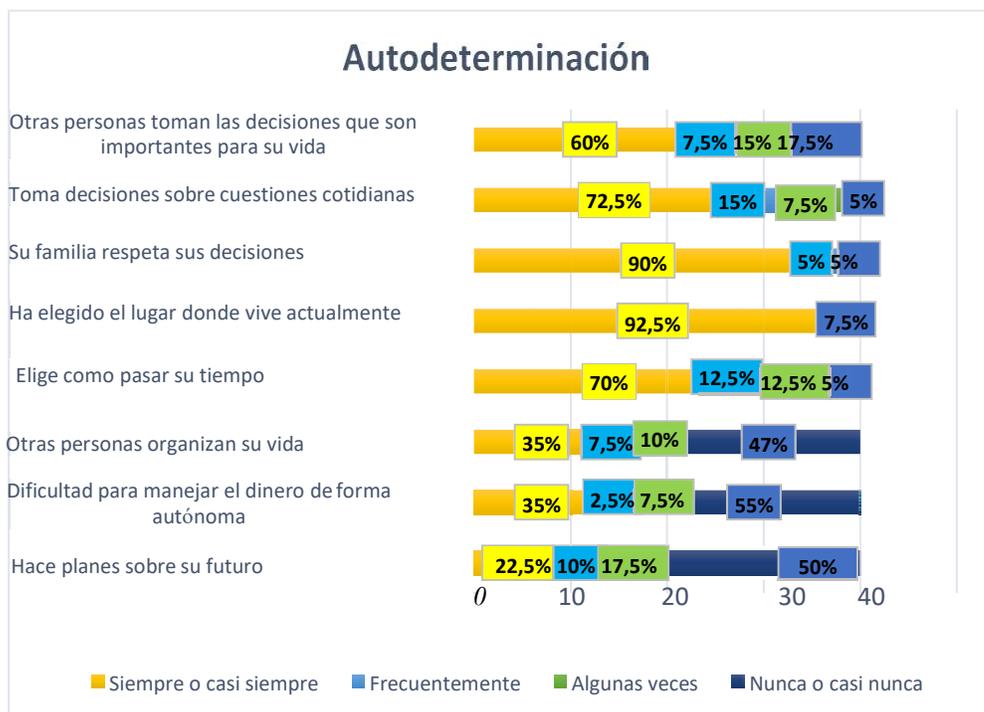
enfermedades o la disminución de algún sentido que dificulta la expresión clara para otra persona. Además, el 40% afirma que nunca o casi nunca presenta dificultades para resolver los problemas que se le plantea, el 30% algunas veces y otro 30% siempre, casi siempre y frecuentemente. Aquí es necesario señalar que varios adultos mayores tienen problemas de memoria, escasa flexibilidad mental y que se combinan con enfermedades de diferente tipo.

Finalmente, el 30% indica que algunas veces puede leer información básica para la vida cotidiana, el 25% mencionan que siempre o casi siempre, el 25% frecuentemente y el 20% nunca o casi nunca. Estos son porcentajes muy divididos y están totalmente ligados a sus capacidades físicas e intelectuales de cada uno.

Con lo mencionado, en el gráfico 8 se presentan los resultados sobre la Autodeterminación.

**Gráfico 8**

*Autodeterminación*



**Nota:** La autodeterminación se relaciona con el bienestar social, debido a que los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy son individuos que tiene capacidad para tomar decisiones y elecciones en beneficio de su vida.

Como se observa, el 50% menciona que nunca o casi nunca hace planes sobre su futuro, el 22,5% menciona que siempre o casi siempre, el 17,5% algunas veces y el 10%

indica que frecuentemente. Esto tiene que ver también con su aspecto monetario, dentro del cual el 55% manifiesta que nunca o casi nunca tiene dificultades para manejar su dinero de manera autónoma, el 35% indica que siempre o casi siempre, el 2,5% frecuentemente y el 7,5% algunas veces. Estos resultados son muy evidentes, pues previamente se demostró que una gran mayoría no es capaz de resolver problemas matemáticos básicos por sus diferentes condiciones de salud.

En otro aspecto, el 47% de adultos mayores manifiesta que nunca o casi nunca otras personas organizan su vida, pero en contraste el 35% de los encuestados manifiestan que siempre o casi siempre es así. Es sin duda indispensable para muchos apoyarse en diferentes personas para organizar sus vidas, debido por ejemplo a problemas de movilidad o enfermedades que dificultan desenvolverse de manera autónoma.

Aunque ciertamente necesitan ayuda, es interesante que el 70% de los participantes siempre o casi siempre eligen como pasar su tiempo libre, el 12,5% frecuentemente, otro 12,5% algunas veces y apenas el 5% indican que nunca o casi nunca. En este contexto también, el 92,5% de los adultos mayores encuestados indican que han elegido el lugar donde viven actualmente y apenas el 7,5% manifiesta que nunca o casi nunca han elegido el lugar. Este porcentaje bajo hace referencia a aquellos que por su estado de salud necesitan de mayor cuidado y no deben tomar decisiones de manera autónoma.

Es además importante que dentro de las pocas o muchas decisiones que puedan tomar, exista un respeto por parte de la familia hacia el adulto mayor. En ese sentido, el 90% afirma que siempre o casi siempre su familia respeta sus decisiones, apenas el 5% indican que frecuentemente y otro 5% que nunca o casi nunca; este último grupo puede ser aquellos que realmente no están capacitados en tomar decisiones por sí mismos, o bien porque la familia les limita al considerarlos incapaces o poco útiles. En este aspecto, el 72,5% de los participantes indican que siempre o casi siempre toman decisiones sobre cuestiones cotidianas, el 15% frecuentemente, el 7,5% algunas veces y el 5% nunca o casi nunca.

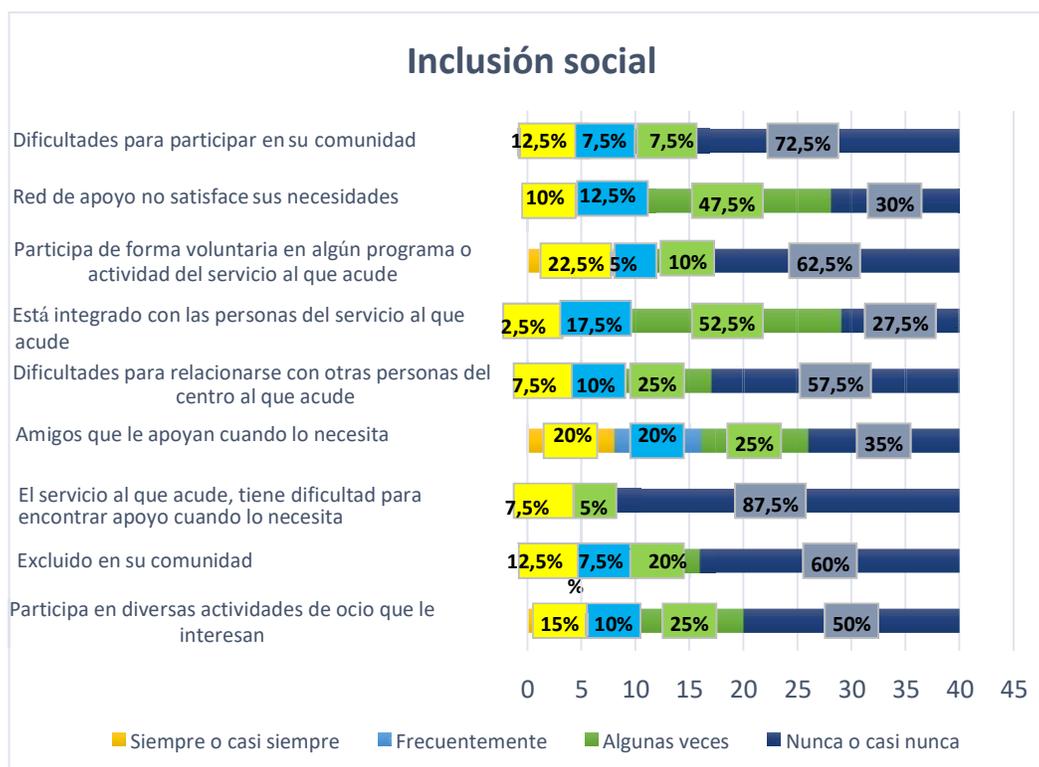
Finalmente, el 60% de los adultos mayores indican que siempre o casi siempre otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida, el 17,5% de ellos asegura que nunca o casi nunca ocurre esto, el 15% manifiesta que algunas veces y el 7,5% frecuentemente. De esta manera, de acuerdo a los resultados obtenidos, se

demuestra como la autodeterminación cumple una función sustancial en la parte social de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy y les influye incluso de manera directa en su autoestima y emocionalidad.

A continuación, en el gráfico 9 se presentan los resultados obtenidos en el ámbito en la inclusión social.

**Gráfico 9**

*Inclusión social*



**Nota:** La inclusión social se relaciona con el bienestar social en vista de que los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy tengan la oportunidad y el acceso a los servicios de salud, a un círculo de amigos a la participación dentro de la comunidad dentro de la sociedad. Fuente: Adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

Como se puede observar, el 50% de los participantes nunca o casi nunca participan en actividades de ocio que le interesan, el 25% lo hace algunas veces, el 15% siempre o casi siempre y solo un 10% de ellos mencionan que frecuentemente. A partir de esto, se comprueba que la participación en las actividades de ocio está directamente relacionada a su edad y a su condición de salud. En este ámbito, también cabe indicar que el 60% manifiesta que nunca o casi nunca está excluido de su comunidad, el 20% algunas veces, el 12,5% siempre o casi siempre y el 7,5% menciona que frecuentemente. Aquí es importante considerar que quienes se sienten excluidos, son aquellos adultos mayores que

viven lejos del lugar céntrico de la Comuna Puerto de Chanduy y por lo tanto se les dificulta ser parte de las actividades del GAD parroquial.

Por otro lado, en respuesta a si tienen problemas para encontrar apoyo del servicio al que acuden, el 87,5% indica que nunca o casi nunca, el 5% algunas veces y el 7,5% siempre. Este pequeño porcentaje está conformado precisamente por aquellas personas que viven distantes del centro de salud o cuyos casos no son de emergencia. En consecuencia, el 35% afirma que nunca o casi nunca tienen amigos que lo apoyan cuando lo necesitan, el 25% algunas veces, el 20% frecuentemente y otro 20% indica que siempre o casi siempre. Es interesante estos resultados porque son totalmente divididos casi en porcentajes iguales, aunque quienes no sienten apoyo es porque algunos amigos cercanos han fallecido o porque debido a problemas de salud no deben o no pueden movilizarse.

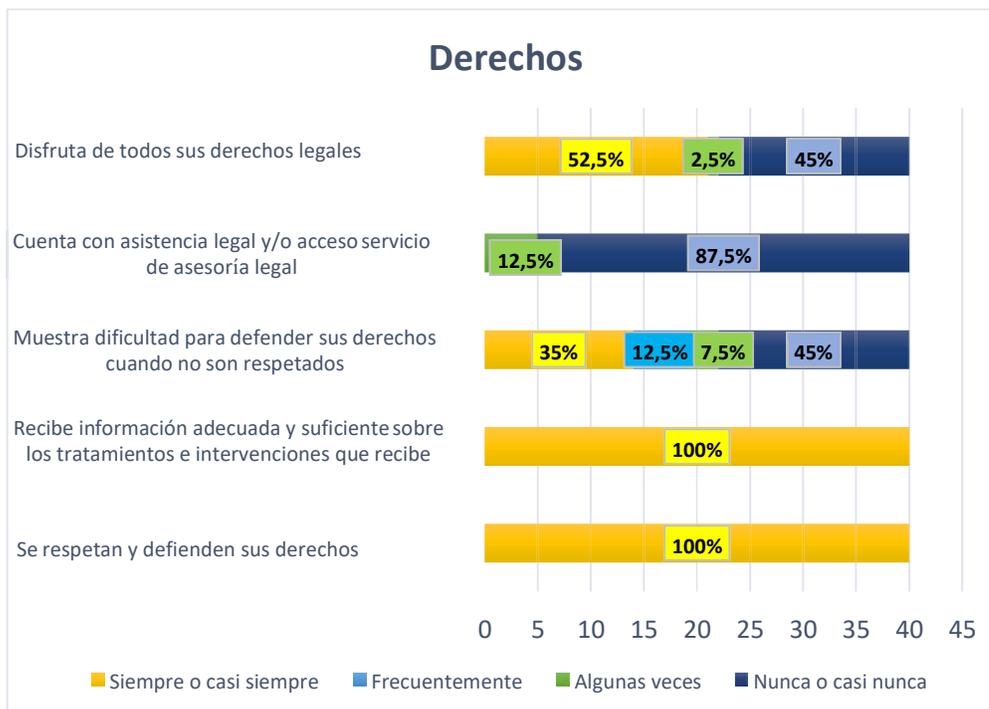
En relación a si tienen dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acuden, el 57,5% mencionan que nunca o casi nunca, el 25% indica que algunas veces, el 10% frecuentemente y el 7,5 % siempre o casi siempre. Esto puede suceder porque tienen problemas de salud, por ejemplo, auditivos, que les limita en poder interactuar adecuadamente con otras personas. En este sentido, el 52,5% de participantes menciona que algunas veces están integrados con las personas que acuden al Centro de salud Puerto de Chanduy, el 27,5% indica que nunca o casi nunca se integran, el 17,5% lo hace frecuentemente y apenas el 2,5 % manifiesta que siempre o casi siempre.

Por otro lado, el 62,5% de encuestados indica que nunca o casi nunca participan de forma voluntaria en programas o actividades del centro, el 22,5% lo hace siempre o casi siempre, el 10% algunas veces y solo el 5% de manera frecuente. El mayor porcentaje que no participa activamente, es debido a que no viven cerca del lugar y no cuentan con familiares cercanos que puedan ayudarlos a trasladarse desde su domicilio de manera segura. Estos resultados están ligados a que el 47,5% menciona que algunas veces su red de apoyo no satisface sus necesidades, el 30% nunca o casi nunca siente ese apoyo, el 12,5% frecuentemente y el 10% siempre o casi siempre.

Finalmente, el 72,5% de los participantes indica que nunca o casi nunca tienen dificultades para participar en su comunidad, el 12,5% siempre o casi siempre, el 7,5% algunas veces y otro 7,5% frecuentemente. Con los resultados obtenidos, en el Gráfico 10 se procede a realizar el análisis del ámbito de derechos.

**Gráfico 10**

*Derechos*



**Nota:** Los derechos del adulto mayor forman parte del bienestar social en vista de que en la sociedad actual en algunas ocasiones los derechos de los adultos mayores son vulnerados. Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn. Fuente: Adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

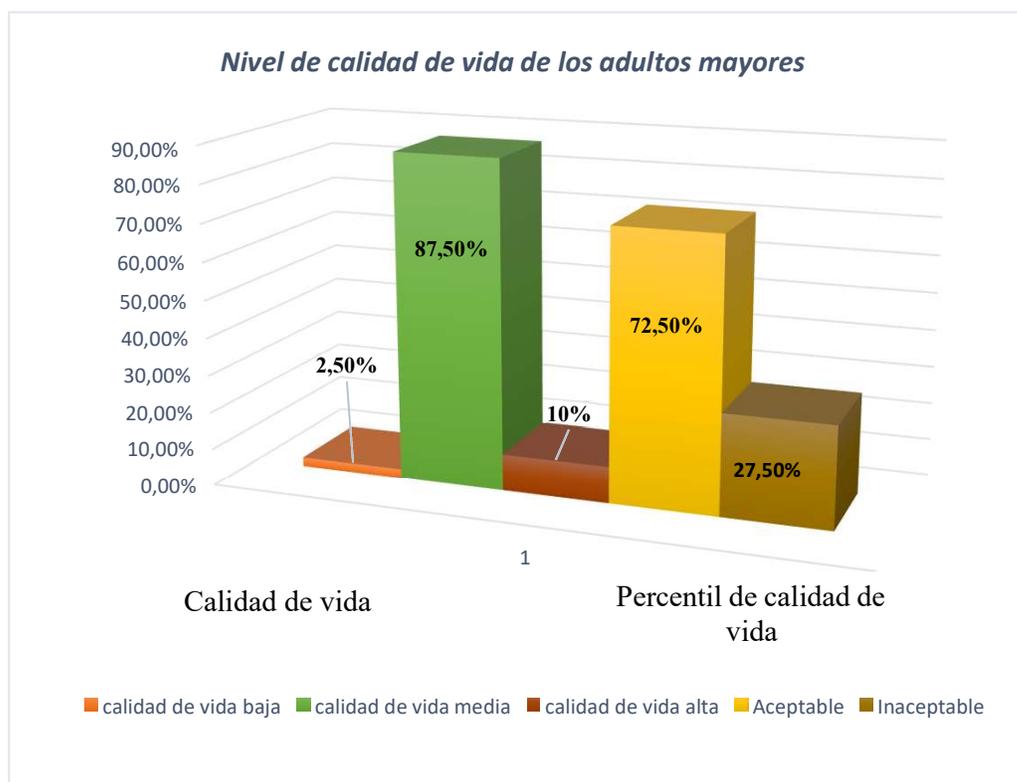
Como se observa, el 100% de adultos mayores indica que siempre o casi siempre se respetan y defienden sus derechos, así como reciben información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que se les aplica. Al mismo tiempo, el 45% menciona que nunca o casi nunca muestra dificultad en defender sus derechos cuando no son respetados, el 35% de ellos indica que siempre o casi siempre sienten dificultad, el 12,5% frecuentemente y solo el 7,5% indica que algunas veces. Esto se debe a que por problemas de audición o su estado de salud en general, no logran comunicarse adecuadamente o defenderse ante situaciones de abusos o maltratos de manera verbal, psicológica y física.

Con respecto a si cuentan con asistencia legal o acceso a servicios legales, el 87,5% de los adultos mayores indican que nunca o casi nunca lo tienen y el 12,5 % algunas veces. Esto se debe, sobre todo, a que sus ingresos de jubilación no les permiten acceder a estos servicios y tampoco los pueden encontrar de manera gratuita. Por su parte, el 52,5% de participantes mencionan que siempre o casi siempre disfrutan de sus derechos legales, el 45% de ellos indica que nunca o casi nunca y solo el 2,5% algunas veces.

De esta manera, con todos los puntos expuestos, se determina que la mayor parte adultos mayores del centro de salud presentan un menor bienestar social, lo que es un indicador positivo tanto para el centro como para sus integrantes. De esta manera, se puede obtener los resultados del tercer objetivo, con relación a la calidad de vida de los adultos mayores, los cuales se muestran en el gráfico 11.

**Gráfico 11**

*Nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy*



**Nota:** Para valorar la calidad de vida se toman las puntuaciones estándar de las 7 dimensiones: bienestar físico, relaciones interpersonales, bienes materiales, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derecho. Los resultados obtenidos de la puntuación estándar se grafican en la hoja del perfil de calidad de vida: en la columna de la derecha se encuentra el índice de calidad de vida y percentil de calidad de vida que se obtienen al unir los resultados de cada dimensión. Fuente: Adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

Para el cumplimiento del tercer objetivo se menciona que de un total de 40 adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Puerto de Chanduy el 87,50% evidencia una calidad de vida media mientras que el 10% tiene calidad de vida alta y solo un 2,50% de los adultos mayores tienen calidad de vida baja por lo tanto un 72,50% de los adultos participantes tiene un percentil de calidad de vida aceptable en cambio solo el 27,50% de ellos tienen un percentil de calidad de vida inaceptable. Por tanto, se concluye que a pesar

de un porcentaje alto de adultos mayores presente un nivel de calidad de vida media por el percentil puede ser una calidad de vida aceptable o inaceptable.

### ***7.2. Comprobación de hipótesis***

De acuerdo al análisis e interpretación de datos y cumplimiento de los objetivos planteados para el trabajo de investigación se comprobó la hipótesis indicando que el bienestar físico y social afecta a la calidad de vida de los adultos mayores, sin embargo, hay una diferencia en el daño de la calidad de vida según el nivel de bienestar físico y social que posea el adulto mayor, por lo tanto, se concluye que a menor nivel de bienestar físico y social afectara la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.

### ***7.3. Conclusiones***

Una vez finalizado el análisis e interpretación de datos acerca del bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores se concluye que:

- En relación al objetivo general se determina que el bienestar físico y social influye en la calidad de vida de los adultos mayores, se evidencia que la calidad de vida varía de acuerdo si el bienestar físico y social es mayor o menor de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.
- Al evaluar a los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy a través de la observación y aplicación del instrumento se obtiene que la mayoría de adultos mayores presentan un mayor bienestar físico y solo una minoría de ellos tienen un menor bienestar físico.
- En la parte de bienestar social de los adultos mayores se puede identificar que de las 6 dimensiones con sus parámetros respectivos de los 40 participantes solo la minoría de ellos tienen un menor bienestar social.
- El bienestar físico afecta a la parte social debido a que, por los problemas de salud de los adultos mayores, la mayoría de ellos no puede salir a la calle, es decir que tanto el bienestar físico y social van a la par en vista de que si el bienestar físico es mayor por tanto la parte social lo será caso contrario si es menor también el bienestar social lo será.
- La calidad de vida se ve afectada por el bienestar físico y las 6 dimensiones que conforma la parte de bienestar social, obteniendo un total de 7 dimensiones para

evaluar la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy a causa de que la mayoría de los participantes tienen una calidad de vida media, no obstante, se considera que de una minoría de estos adultos mayores con calidad de vida media es inaceptable por el rango del percentil de calidad de vida.

#### **7.4. Recomendaciones**

Según los resultados obtenidos y las conclusiones obtenidas en la investigación que formaron parte los adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud una vez conocido el problema se llegan a las siguientes recomendaciones:

- Al personal que labora en el Centro de Salud Puerto de Chanduy que logre captar a los adultos mayores que tiene un menor bienestar físico y social para que puedan orientar a los familiares o a ellos mismos y brindarles apoyo y ayuda necesaria para evitar que la calidad de vida de los adultos mayores mejoren su nivel de calidad de vida.
- El personal de enfermería que brinde capacitaciones acerca de los beneficios y riesgos que tiene los adultos mayores al no tener un bienestar físico y social, también de las enfermedades más frecuentes del adulto mayor al igual que los síndromes geriátricos como prevenirlos mediante actividades de recreación para que sea entendible y práctico para que los adultos mayores comprendan la información que reciben.
- A los familiares de los adultos mayores que soliciten ayuda cuando lo requieran siempre y cuando sea necesario, que apoyen y fomenten a sus adultos mayores a realizar actividades de ocio, recreación o que participen en programas o actividades que realice el establecimiento de salud o de la comunidad.
- Desarrollará más actividades comunitarias y vistas domiciliarias el personal que labora en el Centro de Salud Puerto de Chanduy al igual que el GAD municipal de la parroquia Puerto de Chanduy con el fin de promover el estado de bienestar físico y social en los adultos mayores desde la comodidad de su hogar para los adultos con problemas de salud o de difícil acceso a la institución de salud.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, M.Á. (2007). Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Rev Enferm IMSS*,15(3),155-160. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18915>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). Modelos y teorías en enfermería (9.a ed.). Elsevier. [https://www.academia.edu/11289973/Modelos\\_y\\_teorias\\_en\\_enfermeria\\_7ed\\_medilibros](https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros)
- Amaya-Mancilla, M. A., Meneses-Barrera, J. A., & Leal-Cárdenas, J. A. (2020). Nivel de independencia con respecto a la realización de actividades básicas de la vida diaria de adultos mayores institucionalizados colombianos. *Revista Perspectivas*, 5(1), 91–103. <https://doi.org/10.22463/25909215.2647>
- Aponte, A. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBS*, 13(2).
- Armas Sáez, M., & Ballesteros Hernández, M. (2017). Fisiología del envejecimiento: contenido de estudio imprescindible en la formación del médico cubano. *Edumecentro*, 9(3), 307-311. [http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/964/html\\_249](http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/964/html_249)
- Battistella, G. (2018). *Salud del adulto mayor*. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UBA. 7-19 <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/salud.pdf>
- Besdine, R. (2019). *Cambios corporales relacionados con el envejecimiento*. Centro de investigación gerontología y salud. Brown University. <https://www.merckmanuals.com/es-pr/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/cambios-corporales-relacionados-con-el-envejecimiento>
- Bienestar. (2014). En Real Academia Española (23.a ed.). Recuperado en 12 julio de 2021, de <https://dle.rae.es/bienestar>
- Briones, D. (2018, 31 julio). *LEY DEL ADULTO MAYOR*. [derechoecuador.com](http://derechoecuador.com) <https://www.derechoecuador.com/ley-del-adulto-mayor>.
- Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio *Jaruco*. *Revistas de Ciencias Médicas La Habana*, 22(1).
- Cervantes Becerra, R. G., Villarreal Ríos, E., Galicia Rodríguez, L., Vargas Daza, E. R., & Martínez González, L. (2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Atención Primaria*, 47(6), 329–335. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010). *Informe de Pobreza Multidimensional en México*.  
<https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/home/diadeladultomayor.pdf>

Constitución de la República del Ecuador [Const]. Art.32, 36, 37,38. 2008. (Ecuador)  
<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>

Cuenca, E., & Limón, E. (2015). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. Madrid: Unidad Nacional de Educación a Distancia.  
<https://books.google.com.ec/books?id=l6VqTMbteRcC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Cuesta, J. L., de la Fuente, R., Vidriales, R., Hernández, C., Plaza Sanz, M., & González, J. (2017). Bienestar físico, dimensión clave de la calidad de vida en las personas con autismo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicologica.*, 4(1), 33.  
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1025>

De Souto Barreto, P., Rolland, Y., Vellas, B., & Maltáís, M. (2019). Association of Long-term Exercise Training with Risk of Falls, Fractures, Hospitalizations, and Mortality in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 179(3), 394–405.  
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5406>

Delgado Silveira, E., Montero Errazquin, B., Muñoz García, M., Vélez-Díaz-Pallarés, M., Lozano Montoya, I., Sánchez Castellano, C., & Cruz-Jentoft, A. (4 de diciembre de 2015). Improving drug prescribing in the elderly: a new edition of STOPP/START criteria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 89-96. Recuperado el 17 de julio de 2021.

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (2014). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal*. Pp.12-14 [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual\\_cuidados-generales.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf)

Henríquez, M. (2017). *El proceso del envejecimiento*. Instituto Salvadoreño del SeguroSocial.  
<http://aps.issv.gob.sv/familia/adulto-mayor/EI%20proceso%20de%20envejecimiento>

Hernández, J., Jaimes, M., Carvajal, Y., Suárez, D., Medina, P., & Fajardo, S. (2016). Modelo de adaptación de Callista Roy. *Cultura del cuidado*, 13(1), 6–21.  
<https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2016v13n1.2107>

Huenchuan, S., Rodríguez, R., Bárcena, A., & Mancera, M. (2014). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL],235.

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37523/S1421014\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37523/S1421014_es.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2019a). Cinco principales causas de morbilidad.

- [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas\\_Sociales/Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios/Cam\\_Egre\\_Hos\\_2019/Boletin%20tecnico%20ECEH\\_2019.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2019/Boletin%20tecnico%20ECEH_2019.pdf)
- Irigoyen, M., & Arnulfo, M. (2017). Reflexiones sobre el anciano y la cultura del envejecimiento. *Archivos En Medicina Familiar*, 19(2), 27–30.
- Jaramillo, M. (2016). MEDICIONES DE BIENESTAR SUBJETIVO Y OBJETIVO: ¿COMPLEMENTO O SUSTITUTO? *Acta Sociológica*, 70.  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/ras/article/view/57829/51243>
- León Barua, R., & Berenson Seminario, R. (2013). Medicina teórica. Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7(3), 2  
<https://doi.org/10.20453/rmh.v7i3.515>
- Ley Orgánica de la Salud. (18 de diciembre de 2015). Ley Orgánica de la Salud. Registro oficial 423. (Ecuador).  
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. 9 de mayo de 2019. Registro Oficial Suplemento 484. (Ecuador).  
<http://www.eeq.com.ec:8080/documents/10180/24600865/LEY+ORG%C3%81NICA+DE+LA+S+PERSONAS+ADULTAS+MAYORES/09bf36e9-43eb-4b3f-96d8-b527bb1205f8>
- Lopategui, E. (2016). *Conceptos Generales De Salud*. Saludmed.  
[http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1\\_U101\\_Conceptos\\_Generales\\_de\\_Salud.pdf](http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1_U101_Conceptos_Generales_de_Salud.pdf)
- López Norori, M. G. (2016). *Texto básico de geriatría y gerontología*. Editorial Universitaria Tutecotzimí UNAN-Managua, (1a ed. ed.). Nicaragua, 13-24.  
<https://repositorio.unan.edu.ni/3947/1/TEXTO%20BASICO%20DE%20GERIATRIA%20Y%20GERONTOLOGIA.pdf>
- Ludi, M. C. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos. *Revista Cátedra paralela*, 8(1), 33-47.  
<https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/5136/Ludi.pdf?sequence=3&isAllowed>
- Márquez, C., Martínez, L., González, M., Romero, L. (2013). Síndromes geriátricos. *Tratado de geriatría para residentes*, 145. Recuperado de: [file:///C:/Users/HP/Downloads/S35-05%2013\\_II.pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/S35-05%2013_II.pdf)

- Martín Aranda, R. (2019). *Determinantes de la calidad de vida percibida en adultos mayores institucionalizados* [Tesis doctoral]. Universidad de Salamanca.  
<https://doi.org/10.14201/gredos.140457>
- Martín-Aranda, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Rev. Habana. Cienc. Méd.*, 17(5), 813–825.
- Martínez-Brito, O., Camarero-Forteza, O., & González-Rodríguez, C. (2016). Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* 2016; 23(1).  
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/rt/printerFriendly/925/1336>
- Martínez, H., Mitchell, M., Aguirre, C. (2013). *Manual de Medicina Preventiva y Social I*. Universidad Nacional de Córdoba.  
<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>
- Melguizo Herrera, E., Ayala Medrano, S., Grau Coneo, M., Merchán Duitama, A., Montes Hernández, T., Payares Martínez, C., & Reyes Villadiego, T. (2015). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena—Colombia. *Aquichan*, 14(4), 537.  
<https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.8>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES]. (2014). *Norma Técnica Población Adulta Mayor*. MIES  
<https://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81NADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social Ecuador [MIES]. (s. f.). *Dirección Población Adulta Mayor*. Recuperado 9 de julio de 2021, de  
<https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de La Salud.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Envejecimiento y ciclo de vida. Organización Mundial de La Salud.  
<https://www.todaunavida.gob.ec>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Envejecimiento y salud. Organización Mundial de La Salud.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la salud. (2018). Envejecimiento y salud. World Health Organización.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Pérez, J., & Gardey, A. (2013). *Definición de bienestar* — Definiciones. Definición. de. Recuperado el 3 de julio de <https://definicion.de/bienestar/>

- Quinatoa-Quinatoa, S., & Chasillacta-Amores, F. (2018). Bienestar físico y social en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. *Enferm Inv.*, 3(4), 203–207.  
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/387>
- Real Academia Española. (2014). BIENESTAR. *En Diccionario de la lengua Española* (23.a ed.). <https://dle.rae.es/bienestar>
- Reich, O., Rosemann, T., Rasbold, R., Blozik, E., & Senn, O. (2014). Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization 9(8). *PLoS ONE*, 9(8). Recuperado el 18 de Julio de 2021. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357/562>
- Rico-Rosillo, M. G., Oliva-Rico, D., Vega-Robledo, G. B. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(3). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im1831.pdf>
- Rodríguez, A. (2015). Aspectos éticos de la investigación en enfermería. *Rev. René*, XV (3), 381. doi:10.15253/21175-6783.2014000300001
- Rubio, D., Rivera, L., Borges, L., González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. Universidad Pedagógica Enrique José Varona. La Habana, Cuba, núm. 61, pp. 1-7 <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Sanhueza, M., Castro, M., Merino, J. (2003). *Adultos Mayores Funcionales en Chile*. Medwave. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4553>
- Secretaría Técnica Planifica Ecuador. (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 Toda una Vida. Recuperado de:  
[https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_0K.compressed1.pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf)
- Varela-Pinedo, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2).
- Vázquez, C., Hervás, G. (2016). La ciencia del bienestar. *Fundamentos de una psicología positiva*, pp. 45-56. Recuperado de:  
[file:///C:/Users/HP/Downloads/La%20ciencia%20del%20bienestar\\_%20Fundamentos%20de%20una%20psicolog%C3%ADa%20positiva%20\(%20PDFDrive%20\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/La%20ciencia%20del%20bienestar_%20Fundamentos%20de%20una%20psicolog%C3%ADa%20positiva%20(%20PDFDrive%20).pdf)
- Vielma, J. (2017). La invisibilización social del adulto mayor. *Revista Ciencias de la Educación*, 27(50), 415-433.  
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/50/art25.pdf>
- Villafuerte Reinante, J., Alonso Abatt, Y., Alonso Vila, Y., Alcaide Guardado, Y., Leyva Betancourt, I., & Arteaga Cuéllar, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur*, 15(1), 85-92. Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3239>
- Zapata López, B. I., Delgado Villamizar, N. L., & Cardona Arango, D. (2016). Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17(6), 849.  
<https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.34739>

## 9. ANEXOS

### Anexo #A: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

 **Facultad de Ciencias Sociales y de la Enfermería**

Oficio N° 532-CE-UPSE-2021  
La Libertad, 27 de JULIO de 2021

Señora Doctora  
Isabel Rivas Macias  
**DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD PUERTO DE CHANDUY**  
En su deapacho.-

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

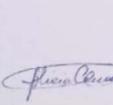
La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería la estudiante:

N°	TÍTULO	ESTUDIANTES	
		NOMBRE	CEDULA
1	BIENESTAR FÍSICO Y SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD PUERTO DE CHANDUY.2021	Naula Evas Jessica Evelyn	1804425013

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondiente y levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

  
  
Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.  
**DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA**  
ACM/avg

  
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD  
24001 Santa Elena

Recibido: 29/08/2021

**Somos lo que el mundo necesita**

Dirección: Campus matriz, La Libertad - prov. Santa Elena - Ecuador  
Código Postal: 240204 - Teléfono: (04) 2-781732  
www.upse.edu.ec

Anexo #B: AUTORIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD PUERTO DE CHANDUY



## **Anexo #C: CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**UNIVERSIDAD ESTATAL  
PENINSULA DE SANTA ELENA**



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN “BIENESTAR FÍSICO Y SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD PUERTO DE CHANDUY.2021”**

El propósito de la ficha de consentimiento informado es para poder proveer e impartir conocimiento acerca del bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores.

La presente resolución es presentada e impulsada por la estudiante Jessica Evelyn Naula Evas, perteneciente a la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. El tema de estudio es Bienestar físico y social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Puerto de Chanduy.2021.

Documento de consentimiento informado dirigido para hombres y mujeres a partir de 65 años de edad que pertenecen al Centro de Salud Puerto de Chanduy que deseen participar del estudio cabe mencionar que su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene la opción de participar o no. Ya sea que elija participar o no, esto no interfiere en los servicios que brinda el Centro de Salud y nada va a cambiar incluso si deja de participar.

Si usted nos permite proceder con este estudio, se le pedirá responder a unas preguntas mediante una encuesta relacionada con los temas bienestar físico y social y de calidad de vida. Esto solo tomará aproximadamente 5 a 10 minutos de su tiempo.

Riesgos: Ninguno.

Beneficios: El participante y los cuidadores tienen el derecho de saber los resultados del cuestionario con toda libertad.

Yo, \_\_\_\_\_, con número de cédula \_\_\_\_\_

He leído la información concedida o me fue leída. He tenido la posibilidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las interrogantes que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier instante sin que me perjudique de ninguna manera.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Firmado con fecha \_\_\_\_\_ y hora \_\_\_\_\_

---

Encuestado(a)

**Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado por:**

*J Evelyn Naula*

Naula Evas Jessica Evelyn  
C.I:1804425013

## Anexo #D: INSTRUMENTO APLICADO



### UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA



#### ESCALA DE FUMAT

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida y bienestar físico. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco. después de leer cada pregunta, indique con qué frecuencia se identifica usted de esta manera escogiendo entre: SIEMPRE/ CASI SIEMPRE, FRECUENTEMENTE, ALGUNAS VECES, NUNCA/ CASI NUNCA, no existen respuestas correctas o incorrectas.

Señale sólo una respuesta para cada pregunta rodeando con un círculo la opción elegida. Si necesita corregir una respuesta utilice dos líneas verticales (//) anotando al lado sus iniciales y fecha en la que realiza la corrección.

Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Enfermedad actual: \_\_\_\_

### Gráfico 1-D. Relaciones interpersonales

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

### Gráfico 2-D. Bienestar Material

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

### Gráfico 3-D. Desarrollo personal

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

Artivar Windows

#### Gráfico 4-D. Bienestar físico

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

#### Gráfico 5-D. Autodeterminación

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

**Gráfico 6-D. Inclusión social**

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

Activar W  
ve a Configu

### Gráfico 7-D. Derechos

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

### Gráfico 8-D. Escala de calidad de vida FUMAT

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

**Gráfico 9-D. Puntaje**

PUNTAJE ESTÁNDAR	BE		RI		BM		DP		BF		AU		IS		DE		P%
	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS	
1					7	15											<1
2					16	16											<1
3	8	9	6	7	17	17			6	8							1
4	10	11	8	8	18	19			9	9			9	12	5	5	2
5	12	13	9	10	20	20	8	9	10	11			13	13	6	6	5
6	14	15	11	12	21	21	10	11	12	12	8	9	14	16	7	8	9
7	16	18	13	13	22	22	12	14	13	14	10	12	17	18	9	9	16
8	19	20	14	15	23	23	15	16	15	15	13	15	19	21	10	11	25
9	21	22	16	17	24	24	17	19	16	17	16	17	22	23	12	12	37
10	23	24	18	19	25	26	20	21	18	18	18	20	24	25	13	14	50
11	25	26	20	20	27	27	22	24	19	20	21	22	26	28	15	16	63
12	27	29	21	22	28	100	25	26	21	21	23	25	29	30	17	17	75
13	30	31	23	24			27	29	22	23	26	28	31	33	18	19	84
14	32	100					30	31	24	100	29	30	34	35	20	100	91
15							32	100			31	32	36	100			95
16																	98
17																	99
18																	>99
19																	>99
20																	>99

**Gráfico 10-D. Perfil de calidad de vida**

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

## Anexo # 5: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



**Ilustración 1** Entrega de solicitud y socialización del tema de investigación con la directora del Centro de Salud Puerto de Chanduy, Dra. Isabel Rivas Macias.



**Ilustración 2** Información acerca del tema de investigación y consentimiento informado.



**Ilustración 3** Aplicación de la encuesta a los adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Puerto de Chanduy.



**Ilustración 4** Aplicación de la encuesta a los adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Puerto de Chanduy.

Anexo #6: CERTIFICADO ANTIFLAGIO



### Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** Trabajo de titulación final - Jessica Evelyn Naula Evas - copia.docx (D112652370)  
**Submitted:** 9/15/2021 6:26:00 PM  
**Submitted By:** gomezramirezzyumar@gmail.com  
**Significance:** 6 %

Sources included in the report:

funcionalidad familiar y calidad de vida.pdf (D94114725)  
TESIS SOLEDAD MEJIA BOLIVAR.docx (D76966034)  
<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>  
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22609/1/TESIS%20ROSITA%20Digital.1.pdf>  
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/12518/1/CB-0577874.pdf>  
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/20.500.11799/49536/1/3502.docx>

Instances where selected sources appear:

20

**Anexo #7: BASE DE DATOS**

**Relaciones interpersonales**

	Siempre o casi siempre	%	Frecuentemente	%	Algunas veces	%	Nunca o casi nunca	%
Realiza actividades que le gustan con otras personas.	10	25,00%	5	12,50%	13	32,50%	12	30,00%
Mantiene buena relación con los profesionales del servicio al que acude	31	77,50%	1	2,50%	7	17,50%	1	2,50%
Mantiene buena relación con personas del servicio al que acude	11	27,50%	5	12,50%	19	47,50%	5	12,50%
Carece de familiares cercanos	6	15,00%	1	2,50%	0	0,00%	33	82,50%
Valora negativamente sus relaciones de amistad	4	10,00%	2	5,00%	8	20%	26	65,00%
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	39	97,50%	1	2,50%	0	0,00%	0	0,00%

	Bienestar material							
	Siempre o casi siempre	%	Frecuentemente	%	Algunas veces	%	Nunca o casi nunca	%
El lugar donde vive es confortable	33	82,50%	6	15,00%	0	0,00%	1	2,50%
Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación o situación laboral	8	20,00%	10	25,00%	12	30,00%	10	25,00%
Se queja de su salario o pensión	9	22,50%	7	17,50%	15	37,50%	9	22,50%
El lugar donde vive tiene	1	2,50%	0	0,00%	4	10,00%	35	87,50%
barreras que impiden o dificultan alguna de sus actividades	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	40	100,00%
Dispone de las cosas materiales que necesita	29	72,50%	7	17,50%	4	10,00%	0	0,00%
El lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades	3	7,50%	3	7,50%	5	12,50%	29	72,50%

**Desarrollo personal**

	Siempre o casi siempre	Porcentaje	Frecuentemente	Porcentaje	Algunas veces	Porcentaje	Nunca o casi nunca	Porcentaje
Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc).	10	25,00%	10	25,00%	12	30,00%	8	20,00%
Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	6	15,00%	6	15,00%	12	30,00%	16	40,00%
Tiene dificultades para expresar información	5	12,50%	3	7,50%	8	20,00%	24	60,00%
En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	34	85,00%	2	5,00%	4	10,00%	0	0,00%
Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.).	19	47,50%	2	5,00%	4	10,00%	15	37,50%
Tiene dificultades para comprender la información que recibe	3	7,50%	4	10,00%	9	22,50%	24	60,00%
Es responsable de la toma de medicación	16	40,00%	2	5,00%	5	12,50%	17	42,50%
Muestra escasa flexibilidad mental	0	0,00%	2	5,00%	7	17,50%	31	77,50%

**Inclusión social**

	Siempre o casi siempre	%	Frecuentemente	%	Algunas veces	%	Nunca o casi nunca	%
Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	6	15,00%	4	10,00%	10	25,00%	20	50,00%
Está excluido en su comunidad	5	12,50%	3	7,50%	8	20,00%	24	60,00%
En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyo cuando lo necesita	3	7,50%	0	0,00%	2	5,00%	35	87,50%
Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	8	20,00%	8	20,00%	10	25,00%	14	35,00%
Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	3	7,50%	4	10,00%	10	25,00%	23	57,50%
Está integrado con las personas del servicio al que acude	1	2,50%	7	17,50%	21	52,50%	11	27,50%
Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	9	22,50%	2	5,00%	4	10,00%	25	62,50%
Su red de apoyo no satisface sus necesidades	4	10,00%	5	12,50%	19	47,50%	12	30,00%
Tiene dificultades para participar en su comunidad	5	12,50%	3	7,50%	3	7,50%	29	72,50%

**Derechos**

	Siempre o casi siempre	Porcentaje	Frecuentemente	Porcentaje	Algunas veces	Porcentaje	Nunca o casi nunca
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	40	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	40	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	14	35,00%	5	12,50%	3	7,50%	18
Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicio de asesoría legal	0	0,00%	0	0,00%	5	12,50%	35
Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	21	52,50%	0	0,00%	1	2,50%	18

**Bienestar Físico**

	Siempre o casi siempre	Porcentaje	Frecuentemente	Porcentaje	Algunas veces	Porcentaje	Nunca o casi nunca	Porcentaje
Tiene problemas de movilidad	2	5,00%	4	10,00%	8	20,00%	26	65,00%
Tiene problemas de continencia	1	2,50%	1	2,50%	1	2,50%	37	92,50%
Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2,50%	5	12,50%	5	12,50%	29	72,50%
Su estado de salud le permite salir a la calle	27	67,50%	5	12,50%	7	17,50%	1	2,50%
Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras, nombres, etc)	1	2,50%	1	2,50%	9	22,50%	29	72,50%
Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	3	7,50%	5	12,50%	7	17,50%	25	62,50%

BASE DE DATOS #1. ESCALA DE FUMAT

<b>ESCALA DE FUMAT</b>			
<b>USUARIO: 1</b>	<b>EDAD: 82</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	18	10	50
<b>Bienestar material</b>	22	7	16
<b>Desarrollo personal</b>	19	9	37
<b>Bienestar físico</b>	16	9	37
<b>Autodeterminación</b>	16	9	37
<b>Inclusión social</b>	22	9	37
<b>Derechos</b>	11	8	25
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		61	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		90-91	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		25	

<b>ESCALA FUMAT</b>			
<b>USUARIO: 2</b>	<b>EDAD: 73</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: DIABETES</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	20	11	63
<b>Bienestar material</b>	27	11	63
<b>Desarrollo personal</b>	24	11	63
<b>Bienestar físico</b>	17	9	37
<b>Autodeterminación</b>	26	13	84
<b>Inclusión social</b>	23	9	37
<b>Derechos</b>	17	12	75
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		76	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		110-111	

<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	<b>75</b>
-----------------------------------------------	-----------

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 3</b>	<b>EDAD: 81</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: DIABETES</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	16	9	37
<b>Bienestar material</b>	21	6	9
<b>Desarrollo personal</b>	16	8	25
<b>Bienestar físico</b>	16	9	37
<b>Autodeterminación</b>	22	11	63
<b>Inclusión social</b>	25	10	50
<b>Derechos</b>	14	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		63	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 4</b>	<b>EDAD: 67</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN, CATARATA</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	20	11	63
<b>Bienestar material</b>	25	10	50
<b>Desarrollo personal</b>	26	12	75
<b>Bienestar físico</b>	22	13	84
<b>Autodeterminación</b>	26	13	84
<b>Inclusión social</b>	19	8	25

Derechos	17	12	75
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		79	
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		110-111	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		75	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 5</b>	<b>EDAD: 68</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: DIABETES</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
Relaciones interpersonales	22	12	75
Bienestar material	23	13	84
Desarrollo personal	22	11	63
Bienestar físico	22	13	84
Autodeterminación	25	12	75
Inclusión social	26	11	63
Derechos	12	9	37

<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>	131
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	94
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	35

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 6</b>	<b>EDAD: 87</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN Y CATARATAS</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
Relaciones interpersonales	19	10	50
Bienestar material	27	11	63
Desarrollo personal	17	9	37

Bienestar físico	17	9	37
Autodeterminación	28	13	84
Inclusión social	18	7	16
Derechos	14	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		69	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 7</b>	<b>EDAD: 68</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: NINGUNA</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	22	12	84
<b>Bienestar material</b>	28	12	75
<b>Desarrollo personal</b>	23	8	25
<b>Bienestar físico</b>	23	13	84
<b>Autodeterminación</b>	28	13	84
<b>Inclusión social</b>	28	11	63
<b>Derechos</b>	14	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		79	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 8</b>	<b>EDAD: 73</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN Y CATARATAS</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>			
<b>Bienestar material</b>			
<b>Desarrollo personal</b>			
<b>Bienestar físico</b>			
<b>Autodeterminación</b>			
<b>Inclusión social</b>			
<b>Derechos</b>			
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>			
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>			
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>			

Relaciones interpersonales	22	12	75
Bienestar material	27	11	63
Desarrollo personal	21	10	50
Bienestar físico	17	9	37
Autodeterminación	19	10	50
Inclusión social	31	13	84
Derechos	12	9	37
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		74	
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		94	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		35	

**ESCALA FUMAT**

**USUARIO: 9      EDAD: 72    SEXO: F    ENFERMEDAD: ARTRITIS, ARTROSIS Y PERDIDA DE LA AUDICIÓN**

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
Relaciones interpersonales	21	12	75
Bienestar material	23	8	25
Desarrollo personal	24	11	63
Bienestar físico	25	14	91
Autodeterminación	28	13	84
Inclusión social	32	13	84
Derechos	13	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		81	
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	

PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA 50

ESCALA FUMAT

USUARIO: 10 EDAD: 65 SEXO: F ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN

Dimensiones	Puntuación directa totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Relaciones interpersonales	23	13	84
Bienestar material	22	7	16
Desarrollo personal	24	11	63
Bienestar físico	24	14	91
Autodeterminación	32	15	95
Inclusión social	22	9	37
Derechos	12	9	37

PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL 78

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA 94

PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA 35

ESCALA FUMAT

USUARIO: 11 EDAD: 78 SEXO: F ENFERMEDAD: NINGUNO

Dimensiones	Puntuación directa totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Relaciones interpersonales	19	10	50
Bienestar material	25	10	50
Desarrollo personal	24	11	63
Bienestar físico	23	13	84

<b>Autodeterminación</b>	22	11	63
<b>Inclusión social</b>	29	12	75
<b>Derechos</b>	15	11	63
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		78	
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		105-106	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		65	
<b>ESCALA FUMAT</b>			
<b>USUARIO: 12</b>	<b>EDAD: 72</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	15	8	25
<b>Bienestar material</b>	22	7	16
<b>Desarrollo personal</b>	32	15	95
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91
<b>Autodeterminación</b>	23	12	75
<b>Inclusión social</b>	25	10	50
<b>Derechos</b>	17	12	75
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		78	
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		98	

**PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA** 45

<b>ESCALA FUMAT</b>			
<b>USUARIO: 13</b>	<b>EDAD: 68</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	23	13	84
<b>Bienestar material</b>	25	10	50
<b>Desarrollo personal</b>	17	9	37
<b>Bienestar físico</b>	23	13	84
<b>Autodeterminación</b>	25	12	75
<b>Inclusión social</b>	18	7	16
<b>Derechos</b>	15	11	63
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		75	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		105-106	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		65	

<b>ESCALA FUMAT</b>			
<b>USUARIO: 14</b>	<b>EDAD: 92</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: ARTROSIS</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	20	11	63

<b>Bienestar material</b>	17	3	1
<b>Desarrollo personal</b>	21	10	50
<b>Bienestar físico</b>	13	16	7
<b>Autodeterminación</b>	14	8	25
<b>Inclusión social</b>	14	6	9
<b>Derechos</b>	11	8	25

**PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL**

52

**ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA**

90-91

**PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA**

25

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 15</b>	<b>EDAD: 70</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	19	10	50
<b>Bienestar material</b>	23	8	25
<b>Desarrollo personal</b>	30	14	91
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91
<b>Autodeterminación</b>	24	12	75
<b>Inclusión social</b>	30	12	75

Derechos	17	12	75
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		82	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		110-111	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		75	
<b>ESCALA FUMAT</b>			
<b>USUARIO: 16</b>	<b>EDAD: 66</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
Relaciones interpersonales	24	13	84
Bienestar material	28	12	75
Desarrollo personal	27	13	27
Bienestar físico	24	14	91
Autodeterminación	28	13	84
Inclusión social	17	7	16
Derechos	14	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		82	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50	
<b>ESCALA FUMAT</b>			

<b>USUARIO: 17</b>	<b>EDAD: 67</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN Y DIABETES</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	22	12	75
<b>Bienestar material</b>	22	7	16
<b>Desarrollo personal</b>	29	13	84
<b>Bienestar físico</b>	23	13	84
<b>Autodeterminación</b>	22	11	63
<b>Inclusión social</b>	31	13	84
<b>Derechos</b>	14	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		79	
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50	
<b>ESCALA FUMAT</b>			
<b>USUARIO: 18</b>	<b>EDAD: 71</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	19	10	50
<b>Bienestar material</b>	24	9	37
<b>Desarrollo personal</b>	32	15	95

<b>Bienestar físico</b>	24	14	91
<b>Autodeterminación</b>	27	13	84
<b>Inclusión social</b>	21	8	25
<b>Derechos</b>	18	13	84
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>	72		
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	115-117		
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	85		

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 19</b>	<b>EDAD: 91</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: CATARAS, PERDIDA DE AUDICIÓN</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	17	9	37
<b>Bienestar material</b>	24	9	37
<b>Desarrollo personal</b>	18	9	37
<b>Bienestar físico</b>	19	11	63
<b>Autodeterminación</b>	19	10	50
<b>Inclusión social</b>	24	10	50

<b>Derechos</b>	13	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>	68		
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	99-101		
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	50		
<b>ESCALA FUMAT</b>			
<b>USUARIO: 20</b>	<b>EDAD: 66</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: DIABETES</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	18	10	50
<b>Bienestar material</b>	23	8	25
<b>Desarrollo personal</b>	32	15	95
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91
<b>Autodeterminación</b>	29	14	91
<b>Inclusión social</b>	27	11	63
<b>Derechos</b>	18	13	84
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>	85		
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	115-117		
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	85		

<b>ESCALA FUMAT</b>				
<b>USUARIO: 21</b>	<b>EDAD: 71</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: NINGUNA</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>	
<b>Relaciones interpersonales</b>	19	10	50	
<b>Bienestar material</b>	19	4	2	
<b>Desarrollo personal</b>	21	10	50	
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91	
<b>Autodeterminación</b>	25	12	75	
<b>Inclusión social</b>	29	12	75	
<b>Derechos</b>	14	10	50	
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		72		
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101		
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50		

<b>ESCALA FUMAT</b>				
<b>USUARIO: 22</b>	<b>EDAD: 95</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN, PERDIDA DE LA AUDICIÓN Y VISIÓN</b>	

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	18	10	50
<b>Bienestar material</b>	20	5	5
<b>Desarrollo personal</b>	23	11	63
<b>Bienestar físico</b>	14	7	16
<b>Autodeterminación</b>	16	9	37
<b>Inclusión social</b>	27	11	63
<b>Derechos</b>	16	11	63
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		64	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		105-106	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		65	

**ESCALA FUMAT**

**USUARIO: 23      EDAD: 83      SEXO: M      ENFERMEDAD: HIPERTENSION Y PERDIDA DE AUDICIÓN**

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	20	11	63
<b>Bienestar material</b>	24	9	37
<b>Desarrollo personal</b>	22	11	63
<b>Bienestar físico</b>	21	12	75
<b>Autodeterminación</b>	14	8	25
<b>Inclusión social</b>	23	9	37
<b>Derechos</b>	14	10	50

<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>	70
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	99-101
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	50

**ESCALA FUMAT**

**USUARIO: 24      EDAD: 82      SEXO: M      ENFERMEDAD: PERDIDA DE LA AUDICIÓN Y CATARATAS**

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	16	9	37
<b>Bienestar material</b>	22	7	16
<b>Desarrollo personal</b>	24	11	63
<b>Bienestar físico</b>	14	7	16
<b>Autodeterminación</b>	18	10	50
<b>Inclusión social</b>	14	6	9
<b>Derechos</b>	11	8	25

<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>	58
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	90-91
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	25

**ESCALA FUMAT**

**USUARIO: 25      EDAD: 82      SEXO: M      ENFERMEDAD: NINGUNO**

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	18	10	50

Bienestar material	24	9	37
Desarrollo personal	21	10	50
Bienestar físico	24	14	91
Autodeterminación	27	13	84
Inclusión social	25	10	50
Derechos	14	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		76	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 26</b>	<b>EDAD: 65</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: NINGUNO</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
Relaciones interpersonales	18	10	50
Bienestar material	25	10	63
Desarrollo personal	24	11	91
Bienestar físico	24	14	95
Autodeterminación	32	15	50
Inclusión social	24	10	50
Derechos	14	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		80	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50	
<b>ESCALA FUMAT</b>			

<b>USUARIO: 27</b>	<b>EDAD: 69</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: NINGUNO</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	21	12	75
<b>Bienestar material</b>	25	10	50
<b>Desarrollo personal</b>	26	12	75
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91
<b>Autodeterminación</b>	26	13	84
<b>Inclusión social</b>	19	8	25
<b>Derechos</b>	14	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		79	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 28</b>	<b>EDAD: 93</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: PERDIDA DE VISION Y AUDICIÓN</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	20	11	63
<b>Bienestar material</b>	21	6	9
<b>Desarrollo personal</b>	14	7	16
<b>Bienestar físico</b>	18	10	50
<b>Autodeterminación</b>	18	10	50
<b>Inclusión social</b>	21	8	25
<b>Derechos</b>	11	8	25
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		60	

<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	90-91
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	25

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 29</b>	<b>EDAD: 71</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: NINGUNA</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	22	12	84
<b>Bienestar material</b>	22	7	16
<b>Desarrollo personal</b>	24	11	63
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91
<b>Autodeterminación</b>	26	13	84
<b>Inclusión social</b>	28	11	63
<b>Derechos</b>	17	12	75
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		80	
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		110-111	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		75	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 30</b>	<b>EDAD: 65</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: NINGUNO</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	15	8	25
<b>Bienestar material</b>	23	10	50
<b>Desarrollo personal</b>	23	11	63
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91

<b>Autodeterminación</b>	29	14	91
<b>Inclusión social</b>	19	8	25
<b>Derechos</b>	15	11	63
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		76	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		105-106	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		65	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 31</b>	<b>EDAD: 68</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: NINGUNO</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	24	13	84
<b>Bienestar material</b>	28	12	75
<b>Desarrollo personal</b>	28	13	84
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91
<b>Autodeterminación</b>	28	13	84
<b>Inclusión social</b>	26	11	63
<b>Derechos</b>	14	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		86	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50	

**ESCALA FUMAT**

**USUARIO: 32      EDAD: 79      SEXO: M      ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN**

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	14	8	25
<b>Bienestar material</b>	24	9	37
<b>Desarrollo personal</b>	30	14	91
<b>Bienestar físico</b>	22	13	84
<b>Autodeterminación</b>	27	13	84
<b>Inclusión social</b>	25	10	50
<b>Derechos</b>	18	13	84
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		80	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		115-117	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		85	

**ESCALA FUMAT**

**USUARIO: 33      EDAD: 83      SEXO: M      ENFERMEDAD: NINGUNO**

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	19	10	50
<b>Bienestar material</b>	24	9	37
<b>Desarrollo personal</b>	18	9	37
<b>Bienestar físico</b>	18	10	50
<b>Autodeterminación</b>	16	9	37
<b>Inclusión social</b>	21	8	25
<b>Derechos</b>	12	9	37

<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>	64
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	94
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	35

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 34</b>	<b>EDAD: 65</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: NINGUNO</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	24	13	84
<b>Bienestar material</b>	28	12	75
<b>Desarrollo personal</b>	27	12	84
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91
<b>Autodeterminación</b>	28	13	84
<b>Inclusión social</b>	22	9	37
<b>Derechos</b>	14	10	50

<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>	83
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	99-101
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	50

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 35</b>	<b>EDAD: 69</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: NINGUNO</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	22	12	75
<b>Bienestar material</b>	28	12	75
<b>Desarrollo personal</b>	29	13	84

Bienestar físico	24	14	91
Autodeterminación	29	14	91
Inclusión social	27	11	63
Derechos	17	12	75
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		88	
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		110-11	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		75	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 36</b>	<b>EDAD: 88</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
Relaciones interpersonales	17	9	37
Bienestar material	24	9	37
Desarrollo personal	25	12	75
Bienestar físico	24	14	91
Autodeterminación	27	13	84
Inclusión social	19	8	25
Derechos	15	11	63
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		76	
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		105-106	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		65	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 37</b>	<b>EDAD: 90</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSIÓN Y PERDIDA DE AUDICIÓN</b>
--------------------	-----------------	----------------	-------------------------------------------------------

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	17	9	37
<b>Bienestar material</b>	23	8	25
<b>Desarrollo personal</b>	20	10	50
<b>Bienestar físico</b>	13	7	16
<b>Autodeterminación</b>	17	9	37
<b>Inclusión social</b>	14	6	9
<b>Derechos</b>	11	8	25
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		58	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		90-91	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		25	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 38</b>	<b>EDAD: 70</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: NINGUNA</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	15	8	25
<b>Bienestar material</b>	23	8	25
<b>Desarrollo personal</b>	28	13	84
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91
<b>Autodeterminación</b>	26	13	84
<b>Inclusión social</b>	31	13	84
<b>Derechos</b>	18	13	84
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		71	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		115-117	

<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>	<b>85</b>
-----------------------------------------------	-----------

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 39</b>	<b>EDAD: 68</b>	<b>SEXO: M</b>	<b>ENFERMEDAD: HIPERTENSO</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	16	9	37
<b>Bienestar material</b>	26	10	50
<b>Desarrollo personal</b>	28	13	84
<b>Bienestar físico</b>	24	14	91
<b>Autodeterminación</b>	26	13	84
<b>Inclusión social</b>	26	11	63
<b>Derechos</b>	14	10	50
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		80	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		99-101	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		50	

**ESCALA FUMAT**

<b>USUARIO: 40</b>	<b>EDAD: 88</b>	<b>SEXO: F</b>	<b>ENFERMEDAD: PERDIDA DE VISIÓN Y MEMORIA</b>
<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación directa totales</b>	<b>Puntuaciones estándar</b>	<b>Percentiles de las dimensiones</b>
<b>Relaciones interpersonales</b>	18	10	50
<b>Bienestar material</b>	25	10	50
<b>Desarrollo personal</b>	20	10	50
<b>Bienestar físico</b>	18	10	50

<b>Autodeterminación</b>	17	9	37
<b>Inclusión social</b>	23	9	37
<b>Derechos</b>	12	9	37
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL</b>		67	
<b>INDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		94	
<b>PERCENTIL DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b>		35	

### BASE DE DATOS #2. ÍNDICE Y PERCENTIL DE CALIDAD DE VIDA

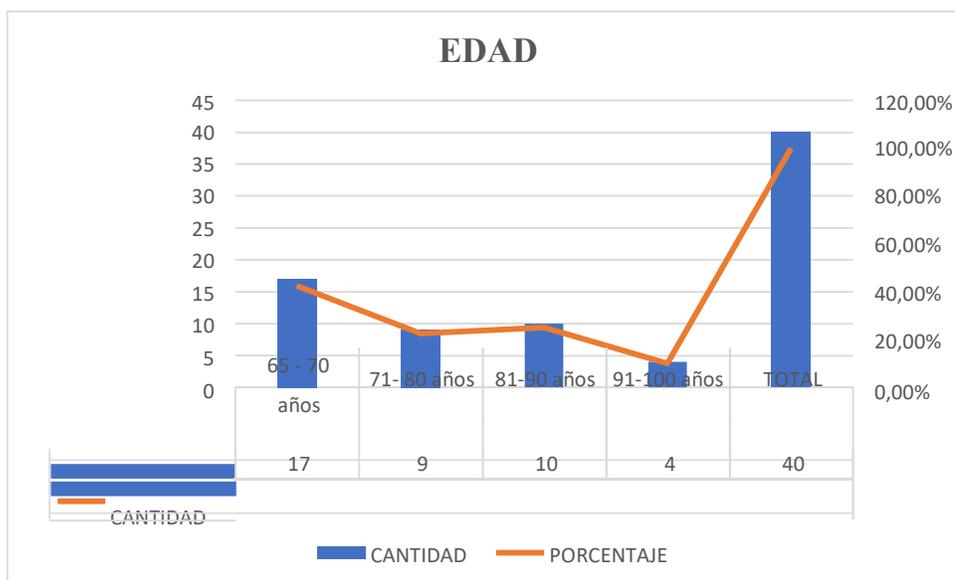
Usuarios	Índice de calidad de vida	Percentil de calidad de vida	Nivel de calidad de vida del adulto mayor	Nivel de percentil de calidad de vida del adulto mayor
<b>1</b>	90-91	25	Calidad de vida media	Inaceptable
<b>2</b>	90-91	25	Calidad de vida media	Inaceptable
<b>3</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>4</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>5</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>6</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>7</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>8</b>	94	35	Calidad de vida media	Inaceptable
<b>9</b>	94	35	Calidad de vida media	Inaceptable
<b>10</b>	105-106	65	Calidad de vida media	Acceptable
<b>11</b>	110-111	75	Calidad de vida media	Acceptable
<b>12</b>	78	45	Calidad de vida baja	Inaceptable
<b>13</b>	110-111	75	Calidad de vida media	Acceptable
<b>14</b>	110-111	75	Calidad de vida media	Acceptable
<b>15</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>16</b>	94	35	Calidad de vida media	Inaceptable
<b>17</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable

<b>18</b>	115-117	85	Calidad de vida alta	Acceptable
<b>19</b>	115-117	85	Calidad de vida alta	Acceptable
<b>20</b>	105-106	65	Calidad de vida media	Acceptable
<b>21</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>22</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>23</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>24</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>25</b>	115-117	85	Calidad de vida alta	Acceptable
<b>26</b>	110-111	75	Calidad de vida media	Acceptable
<b>27</b>	110-111	75	Calidad de vida media	Acceptable
<b>28</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>29</b>	105-106	65	Calidad de vida media	Acceptable
<b>30</b>	115-117	85	Calidad de vida alta	Acceptable
<b>31</b>	105-106	65	Calidad de vida media	Acceptable
<b>32</b>	94	35	Calidad de vida media	Inacceptable
<b>33</b>	105-106	65	Calidad de vida media	Acceptable
<b>34</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>35</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>36</b>	99-101	50	Calidad de vida media	Acceptable
<b>37</b>	90-91	25	Calidad de vida media	Inacceptable
<b>38</b>	90-91	25	Calidad de vida media	Inacceptable
<b>39</b>	90-91	25	Calidad de vida media	Inacceptable
<b>40</b>	94	35	Calidad de vida media	Inacceptable

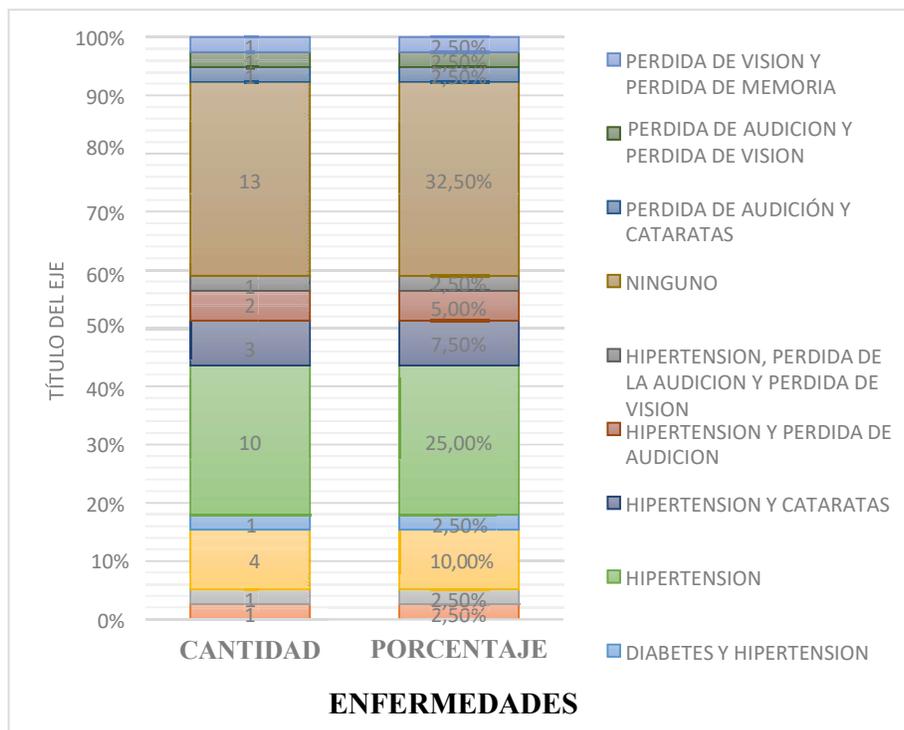
**BASE DE DATOS #3. MAYOR Y MENOR BIENESTAR FÍSICO Y SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA ACEPTABLE E INACEPTABLE**

	Mayor bienestar físico y social		Menor Bienestar físico y social		
<b>Calidad de vida aceptable</b>	14	35%	16	40%	
<b>Calidad de vida inaceptable</b>	0	0%	10	25%	
<b>Total</b>	14	35%	26	65%	100%

Usuarios	Menor bienestar físico y social	Calidad de vida inaceptable	Mayor bienestar físico y social	Calidad de vida aceptable
<b>40</b>	36	11	4	29
	90,00%	27,50%	10,00%	72,50%



**Nota:** Los adultos mayores intervenidos se encuentran en los rangos de edad de 65-70 años con un porcentaje del 42,50% siendo el grupo etario predominante, seguidos de los individuos de 71-80 años con un porcentaje del 22,50%, seguidos por el grupo con edades entre 81-90 años con un porcentaje del 25 y finalmente con la población de 91-100 años que mantiene un valor de 10%. Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn. Fuente: Adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Puerto Chanduy.



**Nota:** Enfermedades más frecuentes en el adulto mayor. Elaborado por: Naula Evas Jessica Evelyn. Fuente: Adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Puerto Chanduy

El gráfico representa las enfermedades más frecuentes que padecen los adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud, el 2,50 % representa la artrosis al igual que un 2,50% padecen de tres enfermedades como la artritis, artrosis y pérdida de la audición, seguido de un 2,50% de personas que padecen dos enfermedades como la catarata y pérdida de audición, la diabetes con un 10% , mientras que el 2,50% representa a individuos con diabetes e hipertensión, por otra parte solo el 25% de adultos mayores tiene hipertensión, algunos de ellos padecen cataratas e hipertensión con el 7,50%, en cambio solo un 5% tienen hipertensión y pérdida de audición.

Además solo el 2,50% de la población presenta tres enfermedades como hipertensión, pérdida de visión y audición, también solo el 2,50% representa a los adultos mayores que padecen dos enfermedades al mismo tiempo como pérdida de audición y cataratas, por otro lado la pérdida de audición y visión representa el 2,50% de individuos, con un 2,50% representan las personas que presentan pérdida de visión y memoria, finalmente con un 32,50% pertenece a los adultos mayores que no padecen ninguna enfermedad siendo esta la que predomina.