

# UCUENCA

## Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

### Calidad de Vida del Adulto Mayor en el Hogar Cristo Rey, Cuenca, 2022-2023

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería

Modalidad: Proyecto de investigación

#### **Autores:**

Jennifer Patricia Juca Galarza

Katherine Marcela Vele Matailo

#### **Director:**

Carmen Mercedes Villa Plaza

ORCID:  0000-0001-8403-7924

**Cuenca, Ecuador**

2023-05-18

### Resumen

Antecedentes: Durante los últimos años se ha visto el notable crecimiento poblacional de adultos mayores, muchos de ellos no cuentan con un envejecimiento pleno y óptimo debido a múltiples patologías desarrolladas como consecuencia de comportamientos y conductas no saludables a lo largo de su vida, hechos que afectan de manera directa a la calidad de vida del adulto mayor. Por ello, este grupo prioritario, requiere que se invierta más en atención médica de mayor complejidad e institucionalizaciones para un cuidado específico, ocasionando, altos costos monetarios para la familia y para el Estado, ello con la finalidad de prestar atención a la población adulta mayor que cada vez se vuelve aún más dependiente. Objetivo General: Determinar la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, Cuenca, 2022-2023. Materiales y métodos: El estudio realizado es de tipo cuantitativo, descriptivo, aplicando el cuestionario WHOQOL-BREF que evalúa la calidad de vida de la persona Adulta Mayor, los resultados serán cuantificados a través del programa SPSS y presentados en tablas y gráficos de Excel. Resultados: La calidad de vida es bastante buena, el puntaje más alto es reflejado en el dominio Ambiental con un 55% y el más bajo en el Social con un 40%, no existen diferencias significativas variables demográficas como sexo o edad, pero si con el nivel de instrucción ( $p=0.034$ ). Conclusión: De manera global se percibe una calidad de vida bastante buena dentro del Hogar Cristo Rey. Los datos obtenidos servirán para futuras investigaciones.

*Palabras clave:* calidad de vida, adulto mayor, institucionalización

### Abstract

Background: During the last years, the remarkable population growth of older adults has been seen, many of them do not have a full and optimal aging due to multiple pathologies developed as a consequence of unhealthy behaviors and behaviors throughout their lives, facts that directly affect the quality of life of the elderly. For this reason, this priority group requires more investment in more complex medical care and institutionalizations for specific care, causing high monetary costs for the family and for the State, in order to provide care to the elderly population. that each time becomes even more dependent. General Objective: Determine the Quality of Life of the Older Adults of Hogar Cristo Rey through the WHOQOL-BREF questionnaire, Cuenca, 2022-2023. Materials and methods: The study carried out is quantitative, descriptive, applying the WHOQOL-BREF questionnaire that evaluates the quality of life of the Elderly person, the results will be quantified through the SPSS program and presented in Excel tables and graphs. Results: The quality of life is quite good, the highest score is reflected in the Environmental domain with 55% and the lowest in the Social with 40%, there are no significant differences in demographic variables such as sex or age, but with the level of instruction ( $p=0.034$ ). Conclusion: Overall, a fairly good quality of life is perceived within Hogar Cristo Rey. The data obtained will be used for future research.

*Keywords:* quality of life, older adult, institutionalization

## Índice de contenidos

<b>1</b>	<b>Capítulo I</b> .....	12
1.1	Introducción .....	12
1.2	Planteamiento del Problema .....	14
1.3	Justificación .....	16
<b>2</b>	<b>Capítulo II</b> .....	18
2.1	Marco Teórico .....	18
<b>3</b>	<b>Capítulo III</b> .....	24
3.1	Objetivo General .....	24
3.2	Objetivos Específicos .....	24
<b>4</b>	<b>Capítulo IV</b> .....	25
4.1	Tipo de estudio .....	25
4.2	Área de estudio .....	25
4.3	Población, Muestra y Asignación .....	25
4.3.1	Población .....	25
4.3.2	Muestra .....	25
4.4	Criterios de Inclusión y Exclusión .....	25
4.4.1	Criterios de Inclusión .....	25
4.4.2	Criterios de exclusión .....	25
4.5	Variables de Estudio .....	26
4.5.1	Matriz de Variables .....	26
4.5.2	Operacionalización de Variables .....	26
4.6	Método, Técnica e instrumentos para la recolección de datos .....	27
4.6.1	Método .....	27
4.6.2	Técnica .....	27
4.6.3	Instrumento .....	27

	5
4.7 Procedimiento .....	27
4.7.1 Autorización: .....	27
4.7.2 Capacitación: .....	27
4.7.3 Supervisión: .....	27
4.8 Plan de Tabulación y Análisis .....	28
4.9 Aspectos Éticos.....	28
4.10 Recursos.....	29
4.10.1 Recursos Humanos .....	29
4.10.2 Recursos Materiales .....	30
<b>5 Capítulo V</b> .....	<b>31</b>
Análisis de los Resultados.....	31
5.1 Datos Sociodemográficos de Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey, Cuenca, 2022-2023	31
5.2 Preguntas Generales del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF).....	32
5.3 Dimensión física del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) .....	33
5.4 Dimensión Psicológica del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) .....	37
5.5 Dimensión Social del Cuestionario Calidad de Vida (WHOQOL-BREF).....	41
5.6 Dimensión Ambiental del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF).....	42
5.7 Dimensiones del Cuestionario WHOQOL-BREF. ....	47
5.8 Total de Cuestionario WHOQOL-BREF .....	48
5.9 Correlación de variables Sociodemográficas y Calidad de Vida. ....	48
<b>6 Capítulo VI</b> .....	<b>52</b>
Discusión.....	52
<b>7 Capítulo VII</b> .....	<b>55</b>
Conclusión y Recomendaciones .....	55
Referencias.....	57
Anexos .....	62

Anexo A: Operacionalización de variables.....	62
Anexo B: Cuestionario de Recolección de Datos. ....	64
Anexo C: Consentimiento Informado. ....	71
Anexo D: Oficio de Aceptación del Hogar Cristo Rey.....	75

## Índice de tablas

Tabla 1.	Recursos Humanos .....	29
Tabla 2.	Recursos Materiales.....	30
Tabla 3.	Datos Sociodemográficos .....	31
Tabla 4.	Preguntas Generales Cuestionario WHOQOL-BREF .....	32
Tabla 5.	Pregunta N°3 del Cuestionario WHOQOL-BREF .....	33
Tabla 6.	Pregunta N° 4 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	34
Tabla 7.	Pregunta N°10 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	34
Tabla 8.	Pregunta N°15 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	35
Tabla 9.	Pregunta N°16 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	36
Tabla 10.	Pregunta N°17 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	36
Tabla 11.	Pregunta N° 18 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	37
Tabla 12.	Pregunta N°5 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	38
Tabla 13.	Pregunta N°6 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	38
Tabla 14.	Pregunta N°7 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	39
Tabla 15.	Pregunta N°11 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	39
Tabla 16.	Pregunta N°19 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	40
Tabla 17.	Pregunta N°26 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	40
Tabla 18.	Dimensión Social Cuestionario WHOQOL-BREF .....	41
Tabla 19.	Pregunta N°8 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	42
Tabla 20.	Pregunta N°9 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	43
Tabla 21.	Pregunta N°12 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	43
Tabla 22.	Pregunta N°13 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	44
Tabla 23.	Pregunta N°14 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	44
Tabla 24.	Pregunta N°23 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	45

Tabla 25.	Pregunta N°24 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	45
Tabla 26.	Pregunta N°25 Cuestionario WHOQOL-BREF .....	46
Tabla 27.	Dimensiones del cuestionario WHOQOL-BREF .....	47
Tabla 28.	Calidad de Vida en el Hogar Cristo Rey según cuestionario WHOQOL-BREF ....	48
Tabla 29.	Edad y Calidad de vida.....	48
Tabla 30.	Sexo y Calidad de Vida .....	49
Tabla 31.	Nivel de Instrucción y calidad de vida .....	49
Tabla 32.	Religión y Calidad de Vida.....	50
Tabla 33.	Estado Civil y Calidad de Vida .....	50
Tabla 34.	Tiempo de estadía y calidad de vida.....	51

## Agradecimiento

Primeramente, agradecemos a Dios por habernos brindado la inteligencia, sabiduría, perseverancia, y fortaleza para tomar decisiones asertivas que nos han permitido avanzar en la larga trayectoria para llegar a cumplir cada una de las metas planteadas a lo largo de nuestra vida.

De la misma manera, agradecemos a cada una de nuestras familias, por ser el pilar fundamental, necesario para salir adelante día a día, brindándonos amor y consejos para continuar durante nuestra fase universitaria.

A nuestra directora de tesis, Lcda. Carmen Villa Plaza Mgt. quien nos apoyó incondicionalmente con sus conocimientos y experiencia, por ser la guía primordial para la realización de este trabajo investigativo. Igualmente, agradecer a todos nuestros docentes quienes nos formaron a lo largo de nuestra carrera para cumplir nuestra meta profesional.

También, agradecemos al Hogar Cristo Rey, que nos permitió el realizar el presente estudio, acogiéndonos de una forma muy cálida al momento de recopilar la información de nuestro trabajo de tesis.

Finalmente, agradecemos a la UNIVERSIDAD DE CUENCA por abrirnos las puertas de tan prestigiosa institución y formarnos como profesionales que brindan cuidado con calidad y calidez.

Las Autoras

### Dedicatoria

El presente trabajo de titulación primero va dedicado a Dios quien me ha dado la vida y la sabiduría para cada día, por cuidarme de todas las adversidades que se han presentado y por brindarme la salud para salir adelante.

Para para mis padres, Marili y Leonardo, quienes han estado presente en cada uno de los pasos que he dado durante toda mi vida, por ser el pilar fundamental para cada día salir a cumplir cada una mis metas, por el apoyo, ayuda y confianza que me han brindado y por jamás dudar de las capacidades puedo llegar a tener, por cada día salir de casa y realizar el esfuerzo para que nada falte dentro del hogar, por ser mi sustento y nunca me han dejado caer cuando pienso que las cosas se ponen difíciles convirtiéndose en mi luz al final, por los consejos y el amor que cada día me transmiten, por quererme desde el primer momento que supieron de mi existencia y por hacer de mí, una persona una mejor persona que aporta a la sociedad.

Para mi abuelita, Rosa, que me ha brindado consejos y me ha enseñado a valorar cada detalle que se presenta siendo aquel apoyo cuando las cosas se han puesto difíciles; para mis abuelitos, Mercedes y Luis, que me enseñaron que cada día es una oportunidad nueva y que el amor que nos enseñaron puede romper millones de barreras, por ser mis ángeles guardianes.

Para mi familia, que ha sido un gran soporte, que me han dado sabios consejos para ser una mejor persona y siempre ayudarme para conseguir cada una de las metas que poco a poco se van cumpliendo.

Para mi mejor amiga, Marcela, que a pesar de tener altos y bajos siempre se ha mantenido a mi lado durante muchos, por siempre ser mi compañera de locuras y protegerme y con quien, si Dios quiere, se cumplirá una meta más.

Para mis personas especiales, mi tutora de tesis, amigos y docentes que han estado durante esta larga trayectoria siendo una guía para alcanzar una de las metas propuestas y me han enseñado lo bonito que puede llegar a ser el camino a pesar de tropezones. Mil gracias a quienes formaron parte de mi proceso.

Jennifer Patricia Juca Galarza.

### Dedicatoria

Esta tesis es dedicada a: Primeramente, a Dios, por haberme regalado el don de la vida, por haberme dado la maravillosa oportunidad de seguir la carrera que anhele y por haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional.

De una manera especial, para quienes considero las personas más importantes en mi vida, quienes me enseñaron todos los valores que hicieron que hoy en día sea la persona que soy, quienes me forjaron llena de fortaleza para conseguir ser una excelente persona y ahora una buena profesional, así mismo, me inculcaron el valor de la perseverancia para alcanzar todas mis metas propuestas, quienes siempre estuvieron presentes en todas las tristezas y alegrías. Para quienes hoy, gracias a su dedicación y esfuerzo me permiten hacer realidad mi propósito de vida, Carlos y Carmelina, mis abuelos.

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional, a pesar de la distancia, estaré eternamente agradecida por el gran esfuerzo que hacen día a día para apoyarme y permitirme seguir mis sueños.

A mis hermanos mayores, Gabriela e Ismael, quienes son mi mayor inspiración y fortaleza. De la misma manera, a quien considero mi hermana menor, Yamileth, por haber estado en todo momento y ser la persona quien me incentivó a ser mejor cada día para ser su ejemplo a seguir.

A mis amigos y docentes, quienes son parte importante de mi vida diaria. También, a mi adorada compañera de desvelos, mi gata Kity, quien estuvo en todo mi proceso de formación profesional.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a mis mejores amigas, Emily y Jennifer, por estar a mi lado cuando más las necesito, por escucharme, apoyarme en momentos difíciles y por las risas y locuras de cada día, de todo corazón, les agradezco por quedarse en mi vida.

Katherine Marcela Vele Matailo

## Capítulo I

### 1.1 Introducción

El envejecimiento, es un proceso que inicia desde la concepción hasta la muerte, nos acompaña a lo largo de todo el ciclo vital, y es caracterizado por ser continuo e irreversible, por lo que significa que trae consigo distintos cambios a nivel anatómico, fisiológico y psicológico. Dichos cambios, han contribuido de manera significativa a la realidad de que los adultos mayores pertenezcan a un grupo social vulnerable, pues, aunque sea un proceso natural, es difícil aceptar al envejecimiento como parte de la vida. (1)

Es importante conocer la definición de envejecimiento, aunque existen diversas críticas del término y no existe un concepto preciso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”. (2)

Actualmente, el hecho de envejecer, ha traído consigo consecuencias no solo físicas, sino también económicas, sociales y políticas. A partir de ello, surge la institucionalización del adulto mayor en centros geriátricos, mismos que proponen un cuidado holístico de gran beneficio y aporte para la vida de las personas. Aunque se habla de beneficios asociados al ingreso a los centros de cuidado de la población adulta mayor (PAM), se remarcan los efectos negativos influyentes en las tasas de morbilidad, mortalidad, y la disminución de la salud. (3)

Algo que es imprescindible resaltar, son los datos que se tiene acerca del incremento del nivel de dependencia de las personas institucionalizadas, pues, es significativa la reducción de actividad física conjuntamente con la no ejecución de actividades de la vida diaria. (3)

Teniendo en cuenta las proyecciones de la población, tanto a nivel nacional como mundial, resaltadas por el incremento de la PAM, se puede decir que, con el objetivo de determinar la calidad de vida de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey, se busca conocer y hacer conocer los resultados esperando el mantenimiento o corrección, según sea el caso, de los cuidados

aplicados de manera cotidiana, resaltando la importancia de la actividad física y la autonomía de los adultos mayores para de esta manera beneficiar a la población actual y futura.

## 1.2 Planteamiento del Problema

El envejecimiento al ser un proceso progresivo y universal que trae consigo cambios fisiológicos y morfológicos, representa un aumento de vulnerabilidad en la población, es así que, junto con la inactividad producen enfermedades crónicas no transmisibles, mayor riesgo de caídas, dependencia y trastornos mentales (4). Hay que resaltar que, en los últimos años, a nivel mundial es notable el aumento de adultos mayores, por lo que se calcula que aumentará de un 10% a un 30% para el año 2050. De acuerdo a datos del INEC, la esperanza de vida en el Ecuador fue de 75 años en el 2010, misma que en el 2050 subirá a 80.5 años, mientras que la tasa global de fecundidad descenderá notablemente en el mismo período de tiempo (5).

Actualmente, la falta de ejercicio físico, el sedentarismo y la mala alimentación son problemas con alta prevalencia a nivel mundial, estos han sido de los principales causantes de la incidencia de diversas de enfermedades crónico degenerativas como: sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, e incluso muertes tempranas (6). Según la OMS, este problema ocupa el cuarto puesto de mortalidad e influye significativamente en la carga general de morbilidad (7). Esto se debe a que la gran parte de adultos de países de occidente, a pesar de que realizan algún tipo de actividad física o mantienen un tipo de hábito saludable, es escaso en comparación a los largos periodos de tiempo que se encuentran en posición sedente, viendo televisión y/o leyendo, causando efectos negativos para su salud a medida que envejecen (6).

A partir de lo mencionado, se puede inferir que cuanto mayor sea la cifra de PAM y menor sea la adherencia a hábitos saludables, mayor será la incidencia de enfermedades crónicas y dependencia, contrario al objetivo que se quiere lograr con la atención del adulto mayor, conocido como un envejecimiento activo. El envejecimiento activo es un proceso mediante el cual, las personas logran desenvolverse óptimamente en su medio ambiente, aprovechando al máximo sus capacidades sociales, psicológicas y físicas (8). Una mayor dependencia, no solo afecta a la persona adulta mayor, sino también a la persona que la cuida ya que se produce una sobrecarga que conlleva a efectos negativos (9) como afectaciones a nivel de salud, psicológicas e interpersonales provocadas por la sobrecarga emocional, física y económica (10).

En cuanto a la economía, a largo plazo, los cuidados necesarios para el adulto mayor tendrán altos costos, aunque se espera que los entes públicos brinden el apoyo necesario para este tipo de cuidados, la realidad es muy distinta, ya que quien lleva a su cargo los gastos es la familia. (10). De la misma manera, existe cierto impacto perjudicial sobre la calidad del cuidado prestado

en el momento de la institucionalización a centros del adulto mayor, pues se ha evidenciado que el ingreso a un geriátrico tiene un impacto perjudicial para su salud (11).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como: "un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (12), por lo que, dicho concepto desde siempre ha sido un objetivo a alcanzar. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que la institucionalización agudiza principalmente los efectos negativos como: disminución de la autoestima, incremento de síntomas depresivos, escasa capacidad de adaptación y disminución de la actividad física. (13).

Al conocer esta problemática, es esencial evaluar la calidad de vida relacionada con la salud ya que permitirá conocer el bienestar social y la satisfacción de las necesidades humanas que está teniendo en su estadía de institucionalización a partir de diferentes dimensiones, donde se considere los procesos que se presenten con la edad permitiendo hacer intervenciones proyectadas a la prolongación y continuación de su proceso vital normal, además de evitar la declinación funcional y aislamiento social precoz en el Adulto Mayor. (14)

A pesar de ello, se ha visto que el interés de la población en relación con este tema es escaso, sin conocer que es un problema de salud pública que lleva consigo graves consecuencias (4). Por lo anteriormente descrito surge la pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida en los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey, Cuenca 2022?

### 1.3 Justificación

El presente estudio, está enfocado en la línea de atención primaria de salud, orientado en las sublíneas de promoción y prevención, se basa en las necesidades de las personas que se encuentran en la etapa de envejecimiento procurando conocer el impacto que tiene la aplicación de técnicas destinadas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, logrando un envejecimiento activo, es decir, procurando conservar su funcionalidad hasta etapas más tardías pudiendo realizar sus actividades diarias y la integración con sus redes de apoyo, dando como resultado una disminución considerable de discapacidad, beneficiando a la familia, allegados y personal a cargo de su cuidado.

Para enfermería es fundamental conocer cómo influyen nuevas estrategias de promoción y prevención, para que, a través de actividades físicas progresivas, por ejemplo, gocen de mejores días dentro de los diferentes establecimientos geriátricos, de manera que, durante el tiempo donde se esté aplicando las rutinas de ejercicio, no haya una deserción de este como normalmente se hace cuando existan prescripciones del médico en la consulta. Además, todas las intervenciones que se realicen serán adecuadas a las características particulares que posee este grupo prioritario, es decir, adaptadas al nivel funcionalidad y que tengan un efecto directo o indirecto sobre los diferentes sistemas orgánicos (15).

Es importante resaltar que entre más participación haya por parte del adulto mayor en actividades terapéuticas, donde se realiza esfuerzo físico se verán notables mejoras en: relaciones sociales, prevenir o minimizar alteraciones a nivel físico y emocional, consiguiendo favorecer autonomía e independencia.

Por ello, es imprescindible conocer la calidad de vida del adulto mayor dentro del Hogar Cristo Rey, aplicando escalas como la WHOQOL-BREF. Cabe destacar que, el Hogar Cristo Rey es uno de los centros de institucionalización para la persona adulta mayor con más población, y uno de los centros en los que se ha permitido las prácticas de la carrera de enfermería para el aprendizaje de los estudiantes, por ello, se plantea que en caso de lograrse con éxito la propuesta del protocolo, a partir de los resultados obtenidos, a futuro se podría implementar programas dirigidos a este grupo prioritario para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor, pero contando con el apoyo de entidades públicas. También, se destaca que, con la implementación de dichos programas, para la edad elegida, se ayuda a mejorar la gestión de la salud y reducir

el número de hospitalizaciones, incluso se puede aprovechar como guía para futuras investigaciones y aplicación en otros centros de institucionalización del adulto mayor.

## Capítulo II

### 2.1 Marco Teórico

Adulto Mayor es considerado como aquella persona que debido al proceso natural de envejecimiento, se encuentran en una etapa de cambios físicos y psicológicos, y que dentro del medio en el que vive se debe dar condiciones y garantías para el cumplimiento de sus derechos, porque durante esta etapa requieren de cuidados especiales. Los organismos mundiales incluyen a las personas de 60 años o más, también la OPS decidió emplear al término de adulto mayor abarcando una visión integral, interdisciplinaria y holística. (16)

Según la OMS, existe la clasificación de los adultos mayores por edad: de 60-74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años como viejas o ancianas y aquellos sobre los 90 son denominados grandes, viejos o longevos, sin embargo, a toda persona mayor de 60 años de forma indistinta se le llamará como Adulto Mayor. (17)

Así mismo, el envejecimiento de la población, es conocido como el aumento de la proporción de las personas de más de 60 años que afecta mundialmente, y aunque existen muchas variaciones entre países y los continentes, este proceso ha adquirido mucha velocidad en aquellos en vías de desarrollo. Cabe recalcar que, dentro de las características demográficas se resalta una mayor proporción de la población femenina sobre la masculina. (18)

A partir de cambios sociales y demográficos, es necesario tener en cuenta las nuevas necesidades que surgen como resultado de estos, por ello resulta imprescindible conocer el significado de “Calidad de vida del adulto mayor” (19). Esta, es una expresión de amplio significado debido a su naturaleza subjetiva, por ello se dice que es el resultado de la interacción de diversos factores que conllevan a la emisión de un juicio a partir del nivel de satisfacción y bienestar asociados a la propia salud, a su grado de interacción social-ambiental; y a su capacidad de adaptación a los cambios propios del envejecimiento. (4)

Cada persona adulta vive diferentes cambios en sus diferentes capacidades físicas, sociales y mentales, lo que puede alterar su calidad de vida y percepción de ella, es así que, según la OMS, “la calidad de vida está vinculada a la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones”. De la misma manera, la calidad de vida es definida

como “tener una vida agradable o vivir una vida de alta calidad”. Esta puede ser dividida en: positiva, cuando cuentan con relaciones sociales y familiares, con un buen estado de salud asociándolo con buenas condiciones materiales, y negativa cuando son dependientes, poseen limitaciones funcionales, no son felices o se ve reducido su círculo social. (20)

Dichos cambios que sobrevienen en el envejecimiento, son altamente significativos e inciden a nivel de todo el organismo, de manera que, los diferentes sistemas: nervioso, cardiovascular, renal y muscular, junto con el metabolismo de la glucosa se enfrentan a innumerables alteraciones morfológicas y funcionales asociadas a la edad. En cuanto a los cambios producidos en el sistema renal, se ha podido notar la pérdida del parénquima renal. (21)

A partir de ello, la incidencia de dichos cambios repercute en los componentes de la aptitud física de la población adulta mayor, lo que provoca ciertos cambios en su funcionalidad. En este caso, se hace visible el declive de la fuerza y masa muscular de las extremidades, especialmente en miembros inferiores, de tal manera que se explica la mayor susceptibilidad que tiene el adulto mayor de sufrir caídas. Así mismo, existe gran afectación en la fuerza a nivel de los músculos flexores de la cadera y extensores de la rodilla. (21)

Por ello ,durante esta etapa la funcionalidad del adulto mayor se debe a la realización de actividades de la vida diaria para que pueda enfrentarse a las exigencia del ambiente y vivir de forma independiente, pero, con la pérdida de ciertas habilidades funcionales normales, la autonomía, sus roles y tareas que le han sido definidas socialmente, se ven afectados y el nivel de socialización que tiene, disminuye y aparece el término “discapacidad”, definida a grandes rasgos como el estado en el que las personas, por razones de disminución de capacidad física o intelectual, van a requerir de asistencia o ayuda para sus actividades diarias provocando que haya sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre su propia existencia, llevando así a la reducción de la calidad de vida. (20)

Teniendo en cuenta lo anterior, y a más de ello, se conoce que la atenuada actividad física conlleva a un grave deterioro funcional, tendiendo de tal manera gran influencia sobre la calidad de vida de las personas. Al ser el envejecimiento, la etapa de la vida con mayor carga de retos y necesidades, surge la disminución de la condición física funcional. Esto se debe a los cambios morfológicos y funcionales del sistema muscular, resultando en una atrofia significativa de los músculos y al mismo tiempo, variaciones en el sistema nervioso, esto nos lleva a la pérdida de la fuerza que avanza constantemente con la edad y a partir de los 60 años se intensifica. Dicho

desgaste muscular es más notable a nivel de los miembros inferiores, de tal modo que, se hace notable la pérdida del equilibrio, dando paso a los diagnósticos de la NANDA más prevalentes dentro de este grupo de edad, como es el riesgo de caídas, la fragilidad y la dependencia. (22)

Es así que, se ha observado que los adultos mayores van teniendo diferentes niveles de deterioro que se debe fundamentalmente por las diferencias de las dietas, manera de afrontar los problemas y el ejercicio. El problema ligado principalmente a este último es el sedentarismo, comprendido como permanecer demasiado tiempo en actividades de poco costo energético y otras definiciones como: desde el punto de vista del tiempo, una persona es sedentaria cuando no realiza al menos 30 minutos de actividad física moderada durante la mayor parte de días de la semana; desde el punto de vista de gasto energético, sedentario es aquella persona que no realiza 5 o más días de actividad física moderada o de caminar al menos 30 min (23).

Este estilo de vida sedentaria que es relativamente moderno, tiene relevancia en el ámbito de la salud ya que la OMS estima que es la cuarta causa de mortalidad a nivel mundial e influye grandemente en la morbilidad mundial (13), superándose la presión arterial elevada (13%), consumo de tabaco (9%) y la glicemia elevada (6%). (24) Según el estudio global de enfermedad de 2010, la inactividad y malos hábitos de alimentación van a provocar el 10% de años de vida perdidos, y en estimaciones indican que existe el 9% de la mortalidad prematura a nivel global causados por este problema ya que aparecen enfermedades crónicas no transmisibles. (25)

Dentro del Ecuador, una proporción baja de adultos mayores llevan una vida activa como para asegurar una vida sana, donde no se espera que sea vulnerable a enfermedades como el sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas y degenerativas, en lo que hace referencia a actividad física mediana y alta, las regiones con más número es la sierra urbana, Quito y la región insular, mientras los niveles más altos de inactividad se encuentran que la Costa Urbana y Guayaquil. (25)

De acuerdo a estimaciones, del 31% de la población adulta a nivel global es inactiva, y de este valor la prevalencia recae en América con un 43.2%. En esta y otras regiones la inactividad aumenta con la edad, siendo más frecuente en mujeres y en países con altos ingresos. Las elevadas prevalencias de inactividad pueden deberse a muchos factores como son: altos niveles de pobreza, desigualdad y exclusión social teniendo directa relación con el tiempo que las personas dedican a la actividad física recreativa y tiempo libre (25). El envejecimiento de las personas, la urbanización y la llegada de la automatización de las actividades diarias han

contribuido a un estilo de vida mayormente sedentario (26), además se vincula la reducción en el gasto de energía que se deriva de la actividad física dentro de la parte laboral. (25)

El sedentarismo es uno de los principales causantes en enfermedades de alta prevalencia como son: (26)

- Diabetes tipo 2: enfermedad progresiva en la cual los cambios fisiopatológicos que se dan muchos años antes de que sea detectada, es caracterizada por la resistencia que existe de la insulina y el fracaso de las células  $\beta$  pancreáticas que dan como resultado un estado de hiperglucemia crónica. (27)
- Enfermedad cardiovascular: se incluye la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y los accidentes cardiovasculares. (28)
- Osteoporosis: trastorno esquelético de tipo difuso que se caracteriza por la disminución de la resistencia ósea dando mayor predisposición a fracturas, es una epidemia silenciosa por ser indoloro y asintomático que debilita el hueso ante fracturas pequeñas. (29)
- Cáncer: enfermedad crónico-degenerativa que puede lograr dependencia parcial o total dependiendo del estadio en que se encuentre y comorbilidades. (30).
- Obesidad: enfermedad metabólica crónica, completa y multifactorial. Para considerar o una persona obesa debe tener un IMC mayor de 30Kg/m<sup>2</sup>. También puede ser definido como un exceso de grasa superior de 25% en hombres y 30% en mujeres, con suficiente magnitud para tener alto número de morbimortalidad. (31)
- Síndrome metabólico: grupo de factores de riesgo que se derivan de la obesidad visceral e insulino resistencia dando mayor riesgo para la diabetes de tipo II y enfermedad cardiovascular. (32)
- Fragilidad: puede reflejar el estado funcional de los diferentes sistemas y se relaciona directamente con la aparición de eventos de salud negativos enlazados con la comorbilidad, dependencia y muerte, es decir, definida como el aumento de vulnerabilidad del individuo hacia factores externos. (33)
- Deterioro cognitivo: se conoce por deterioro uno o más de uno de los dominios cognitivos que son esperados ya sea por la edad o el nivel educativo, pero que no es de suficiente intensidad como para que sea catalogado como demencia. (34)

A partir de ello, es importante resaltar que, muchos de los adultos mayores no expresan su enfermedad o malestar, esto debido a que tienen un punto de vista erróneo en cuanto al envejecimiento y sus consecuencias, ya que en muchas ocasiones se normaliza la presencia de enfermedades en esta etapa de la vida por causa natural de la edad. (35)

Bajo estos aspectos mencionados anteriormente, y considerando el indiscutible aumento de la esperanza de vida y por consiguiente de la PAM, se establece la necesidad de la institucionalización para el cuidado del adulto mayor, razón por la cual, la población en geriátricos ha ido en aumento. El ingreso a dichas instituciones se da bajo la creencia negativa de relacionar el envejecimiento con dependencia y dificultades, sin embargo, existe constancia del incremento de tasas de dependencia asociadas al bajo nivel de actividad debido al ingreso a un centro residencial. Los adultos mayores son ingresados desde los 60 años y pueden llevar una corta, mediana o prolongada permanencia, incluso llegando a tener sus últimos días de vida dentro de estos. (13)

Naturalmente, en los centros existe una idea de definición errónea acerca de la calidad del cuidado, en virtud de que se maneja modelos hosteleros, en donde la persona pierde la opción de llevar a cabo actividades de la vida diaria, como tender la cama o vestirse, lo que implica pérdida de la autonomía y niveles deficientes de actividad física. (13)

La PAM que actualmente ingresa a los centros geriátricos, lleva un estilo de vida sedentario que afecta negativamente su funcionamiento, provocando de tal manera problemas como trastornos del movimiento, riesgo de caídas, restricciones en las actividades diarias y exacerbación de trastornos cognitivos, funcionales y neurológicos, pues, existe evidencia científica de ello. (22)

Es por eso que, el promover un envejecimiento activo con actividad física regular en adultos logra el menor riesgo de padecer las enfermedades antes descritas, jugando un papel importante como factor protector ya que mantenerse activos y tener secuencias adecuadas de ingesta de energía tiene más probabilidad de mantener el peso corporal y balance de energía adecuado. Diversas investigaciones que se han realizado mayormente en adultos mayores han encontrado relación positiva entre la actividad física en tiempo libre y una mejor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. (25)

Es importante desarrollar la teoría de Dorothea Orem, misma en la que, se aborda al individuo de manera integral situando los cuidados básicos como la esfera central de la ayuda para que la

persona pueda vivir más feliz durante más tiempo consecuentemente mejorando su calidad de vida. Esta teorista habla del déficit de cuidado que se subdivide en 3 teorías (36) (37):

Teoría de autocuidado: es una actividad que es aprendida por individuos para alcanzar un objetivo en situaciones concretas y que está dirigida por las personas sobre si mismas para poder regular los factores que afecten su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Además, aquí se desarrolla factores condicionantes básicos que pueden ser factores internos y externos que pueden afectar las capacidades de los individuos para su autocuidado, estos pueden ser 10 variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de recursos. (36) (37)

Teoría del déficit de Autocuidado: relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas, en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado, dan como resultado la acción, y muchas de las veces, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado que ya existe o es prevista. También, se menciona que, los seres humanos tienen una gran capacidad de adaptación a cambios que se producen en sí mismo o en el entorno. (36) (37)

Teoría de los sistemas de Enfermería: los elementos que lo constituyen este sistema es la enfermera, paciente o grupo de personas y acontecimientos ocurridos (interacción familia y amigos). Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y sistema de apoyo educativo, son apropiados para que el paciente adquiera conocimientos y habilidades desarrollando capacidades de autocuidado. (36) (37)

Las aportaciones de esta teorista pueden ayudar a contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, de manera que, el poder aplicar este modelo requiere de cambios en el estilo de vida, disminuyendo complicaciones, y evitar que aumente la población que desarrolle discapacidad, esto se hará posible siempre que Enfermería implemente programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo. (36) (37)

## Capítulo III

### 3.1 Objetivo General

Describir la Calidad de vida de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, Cuenca, 2022-2023.

### 3.2 Objetivos Específicos

1. Definir las características sociodemográficas según: sexo, edad, religión y tiempo de estadía influyentes en la calidad de vida.
2. Determinar cómo es la calidad de vida de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey según el sexo en la muestra seleccionada.
3. Cuantificar el rango de edad donde existe mayor deterioro de la calidad de vida dentro del Hogar Cristo Rey.

## Capítulo IV

### Diseño Metodológico

#### 4.1 Tipo de estudio

El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo de diseño descriptivo.

#### 4.2 Área de estudio

El lugar de estudio fue la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, en el Hogar Cristo Rey.

#### 4.3 Población, Muestra y Asignación.

##### 4.3.1 Población

Se considerará un universo finito, es decir, a todas las personas Adultas Mayores residentes del Hogar Cristo Rey.

##### 4.3.2 Muestra

Se trabajó con todo el universo/población aplicando los distintos criterios de inclusión y exclusión.

#### 4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

##### 4.4.1 Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de 60 hasta los 85 años de edad.
- Pacientes Adultos Mayores de ambos sexos.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

##### 4.4.2 Criterios de exclusión

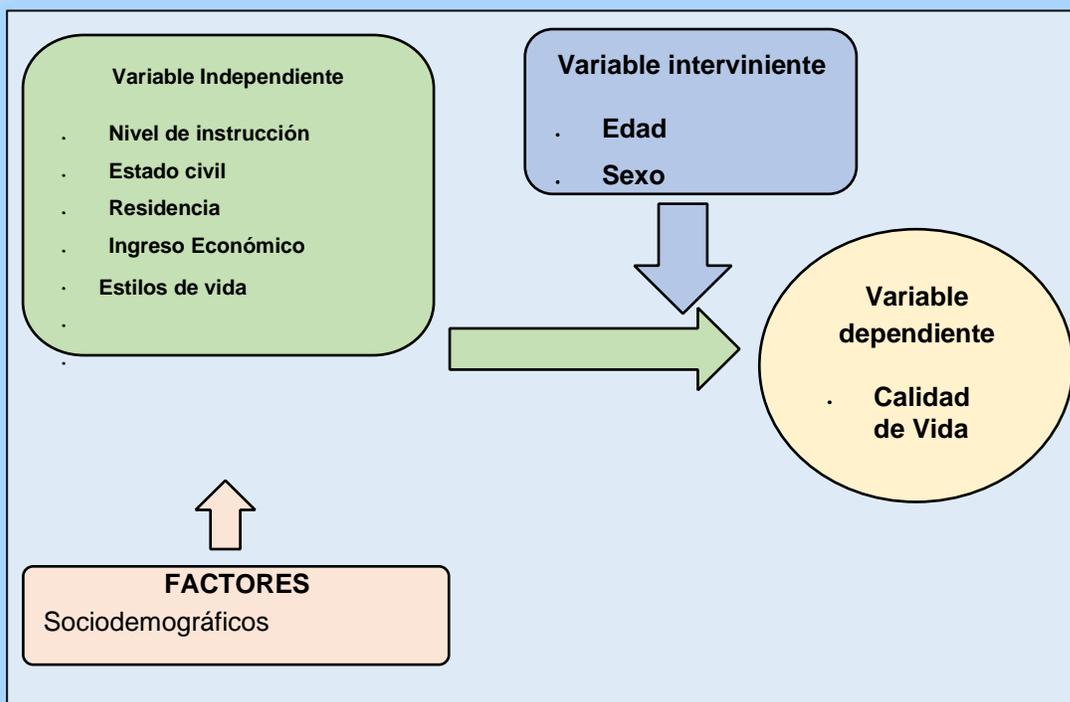
- Adultos mayores con demencia y discapacidades físicas especialmente auditivas.

- Pacientes encamados inconscientes.
- Pacientes con menos de un mes en el Hogar Cristo Rey.

## 4.5 Variables de Estudio

### 4.5.1 Matriz de Variables

*Ilustración 1: Matriz de variables*



Realizado por: Jennifer Juca- Katherine Vele

### 4.5.2. Operacionalización de Variables (Ver Anexo 1)

## 4.6 Método, Técnica e instrumentos para la recolección de datos

### 4.6.1 Método

Estudio de tipo cuantitativo, usando una muestra finita de Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey.

### 4.6.2 Técnica

Se realizó el llenado de un formulario “WHOQOL-BREF”, que contiene preguntas de cuestionamiento directo a los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey, previo a esto se realizó el debido llenado del consentimiento informado a los pacientes que reúnan los criterios de inclusión.

### 4.6.3 Instrumento

Los datos se obtendrán mediante el formulario: “WHOQOL-BREF”, un instrumento desarrollado por la OMS. Está conformado de 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Posee una buena consistencia interna, un alfa de Cronbach de 0.88 para el formulario en general y entre 0,70 y 0.79 en las diferentes dimensiones descritas. Las puntuaciones mayores indican una mejor calidad de vida y se destaca que no existen puntos de corte propuestos. Finalmente, con la aplicación del formulario la calidad de vida se clasifica en: Muy mala. Bastante mala. Normal. Bastante buena. Muy buena. (38) (39)

## 4.7 Procedimiento

**4.7.1 Autorización:** La autorización se realizará al Hogar Cristo Rey, luego se solicitó el consentimiento informado entre los adultos mayores que cumplan los criterios de inclusión.

**4.7.2 Capacitación:** Los autores aprobaron materias como: Investigación Básica, Profesional y Aplicada, además Clínico del Adulto Mayor I, donde se aplicó conocimientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

**4.7.3 Supervisión:** Este proyecto de investigación está supervisado por la directora y asesora de tesis Lcda. Carmen Mercedes Villa Plaza Mgt. Docente de la Carrera de Enfermería.

#### 4.8 Plan de Tabulación y Análisis

Una vez registrados los datos en los formularios, se transcribió a una base digital y fueron analizados con el programa SPSS versión 22, con el objetivo de detallar y sintetizar los datos. Previo al análisis de los datos se verificó en la base para determinar la calidad de los mismos y que los formularios hayan sido llenados correctamente y se encuentren completos. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva con el uso de frecuencias y porcentajes. Finalmente, los resultados se presentarán en gráficos SPSS versión 22.

#### 4.9 Aspectos Éticos.

Para iniciar el estudio, el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y se respetó las normas de Helsinki, se solicitó la aprobación de las personas a cargo del Hogar Cristo Rey, perteneciente a la ciudad de Cuenca para poder acceder y aplicar la escala a los participantes del estudio.

La participación fue absolutamente voluntaria y toda la población adulta mayor participe de esta investigación, debió firmar el consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo y metodología del estudio, además, se mencionó los beneficios y riesgos de colaborar en el mismo, en este caso es posible que no exista beneficio directo para el participante, sin embargo, la información obtenida de los resultados, puede generar una base de conocimientos que sirva de guía para futuras intervenciones en el cuidado de la población geriátrica.

Así mismo, no recibieron ningún tipo de retribución económica por participar, no tuvo ningún costo y existió la posibilidad de retirarse en cualquier momento del estudio. Se garantizó a los adultos mayores que en la realización de esta investigación no exista riesgo para la salud física y psicológica, por cuanto los procedimientos son habituales y, sobre todo, los investigadores están preparados teórica y prácticamente para llevar a cabo esta investigación teniendo en cuenta su formación cátedras como: Investigación Básica, Investigación Aplicada, Metodología de la Investigación y Clínico Quirúrgico del Adulto Mayor I y II.

Se garantizó la confidencialidad en todo momento de los datos recolectados, gracias a la aplicación de códigos alfanuméricos de tal manera que no consten los nombres de la población estudiada. Los consentimientos informados, las hojas de encuestas y la base de datos fueron

manejados únicamente por los investigadores, el director y asesor metodológico con discreción y serán guardadas con absoluta confidencialidad, según la Declaración de Helsinki.

El acceso a las bases de datos estará también a disposición de la comisión de Bioética y autoridades de la Universidad de Cuenca para la verificación de los mismos. Terminada la investigación los datos permanecerán en un archivo durante dos años, tras lo cual serán eliminados por los investigadores principales.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## 4.10 Recursos

### 4.10.1 Recursos Humanos

Para esta investigación se contará con:

<b>Recursos Humanos</b>	
Jennifer Patricia Juca Galarza	Autora
Katherine Marcela Vele Matailo	Autora
Lcda. Carmen Mercedes Villa Plaza Mgt.	Directora de tesis
Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey.	Sujetos de Investigación.

*Tabla 1 Recursos Humanos*

*Realizado por: Autoras*

## 4.10.2 Recursos Materiales

<b>Recursos Materiales</b>			
<b>MATERIAL</b>	<b>Cantidad</b>	<b>V. Unitario</b>	<b>V total</b>
Copias	200	0.01	2.00
Computadora	1	400	400.00
Internet	-	-	24.00
Material de Oficina	4	0.40	1.60
Alimentación (refrigerios)	100	0.25	25.00
Transporte	5 días	0.30	3.00
Impresiones de Informes	25	0.10	2.50
<b>Total</b>			<b>458.1</b>

*Tabla 2: Recursos Materiales*

*Realizado por: Autoras*

## Capítulo V

### Análisis de los Resultados

En este capítulo, la información recolectada mediante los instrumentos de investigación, se distribuye de acuerdo a los objetivos planteados y se presentan en forma de tablas de frecuencias y porcentajes, además del análisis e interpretación de los datos presentados en tablas estadísticas. La población total a trabajar fue de 110 adultos mayores, de los cuales 40 cumplían criterios de inclusión y exclusión.

#### 5.1 Datos Sociodemográficos de Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey, Cuenca, 2022-2023

**TABLA N°3:** Datos sociodemográficos de Adultos Mayores Del Hogar Cristo Rey, Cuenca, 2022-2023.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>Sexo</i>		
Hombre	18	45.0
Mujer	22	55.0
<i>Edad</i>		
Edad Avanzada	16	40.0
Anciano	22	55
Longevo	2	5.0
<i>Nivel de Instrucción</i>		
Primaria	30	75.0
Secundaria	4	10.0
Tercer Nivel	1	2.5
Ninguna	5	12.5
<i>Religión</i>		
Católico	37	92.5
Cristiano	1	2.5
Otra	2	5.0

<i>Estado Civil</i>		
Soltero/a	17	42.5
Casado/a	9	22.5
Viudo/a	14	35.0
<i>Tiempo de estadía</i>		
Corta	10	25.0
Media	8	20.0
Larga	8	20.0
Prolongada	14	35.0

*Tabla 3 Datos Sociodemográficos*

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### **Análisis:**

Según la tabla N° 3 de Factores Sociodemográficos el sexo predominante es el Femenino con un 55%, el grupo etario más frecuente corresponde a la clasificación de ancianos con un 55% seguidos por el 40% de edad avanzada, de acuerdo al nivel de Instrucción se observa que el 75% pertenece a aquellos que solo cursaron la primaria y seguido para quienes no tuvieron ningún tipo de instrucción con un 12,5%, además la religión que más es practicada es la católica con un 92,5%, según la variable de Estado Civil existe un predominio en aquellos solteros/as con 42.5% seguido por personas viudas con un 35%. Por otro lado, el tiempo de estadía prevalente es la prolongada con un 35% seguido de un 25% con una estadía corta.

## **5.2 Preguntas Generales del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)**

**TABLA 4:** Preguntas Generales Cuestionario WHOQOL-BREF.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>N=40</b>		
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?		
Muy mala	1	2.5
Bastante mala	4	10.0
Normal	18	45.0

Bastante buena	7	17.5
Muy buena	10	25.0
2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?		
Muy mala	3	7.5
Bastante mala	9	22.5
Normal	7	17.5
Bastante buena	13	32.5
Muy buena	8	20.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### **Análisis:**

Según la tabla N°4, en la pregunta n°1 del cuestionario el 45% puntúa su calidad de vida como normal seguido por un 25% que piensa que es muy buena y en la pregunta n°2 el 32,5% piensa que es su salud es bastante buena seguido por el 22,5% que considera que es bastante mala.

### **5.3 Dimensión física del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)**

**TABLA 5:** Pregunta N°3 del Cuestionario WHOQOL-BREF.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia N=40</b>	<b>Porcentaje</b>
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?		
Extremadamente	2	5.0
Bastante	19	47.5
Lo normal	5	12.5
Un poco	6	15.0
Nada	8	20.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

**Análisis:**

De acuerdo a la tabla N°5 de Dimensión Física, pregunta n°3, del cuestionario aplicado se obtuvo que el 47,5% piensa que el dolor físico le impide bastante hacer lo que necesita seguido por el 20% que piensa que el dolor no le impide realizarlo.

**TABLA 6:** Pregunta N° 4 Cuestionario WHOQOL-BREF.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia N=40</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?</i>		
Nada		
Un poco	1	2.5
Lo normal	19	47.5
Bastante	10	25.0
Extremadamente	4	10.0
	6	15.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

**Análisis:**

Según la tabla N°6 de dimensión Física, pregunta n° 4 del cuestionario se obtuvo que el 47.5% de personas necesitan un poco de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria seguido por aquellos que necesitan lo normal con un 25%.

**TABLA 7:** Pregunta N°10 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?</i>		
Nada	3	7.5
Un poco	4	10.0
Lo normal	10	25.0
Bastante	14	35.0
Totalmente	9	22.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

De acuerdo a la tabla N°7, pregunta n°10 del cuestionario se obtuvo que el 35% de los encuestados manifiestan que poseen bastante energía para su vida diaria y un 25% poseen energía normal.

**TABLA 8:** Pregunta N°15 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?</i>		
Un poco	15	37.5
Lo normal	5	12.5
Bastante	9	22.5
Totalmente	11	27.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°8, en la pregunta n° 15 del cuestionario se obtuvo que el 37,5% puede desplazarse un poco de un lugar a otro seguido por 27,5 que puede desplazarse un totalmente de un lugar a otro.

**TABLA 9:** Pregunta N°16 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?</i>		
Muy insatisfecho/a		
Poco	8	20.0
Lo normal	7	17.5
Bastante satisfecho/a	6	15.0
Muy satisfecho/a	7	17.5
	12	30.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N° 9, en la pregunta n° 16 del cuestionario un 30% manifiesta que están muy satisfechos con su sueño y el 20% está muy insatisfecho.

**TABLA 10:** Pregunta N°17 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?</i>		
Muy insatisfecho/a		
Poco	2	5.0
Lo normal	6	15.0
Bastante satisfecho/a	11	27.5

Muy satisfecho/a	15	37.5
	6	15.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

De acuerdo a la tabla N°10, según la pregunta n°17 el 37,5% está bastante satisfecho con su habilidad para realizar sus actividades diarias y el 27,5% lo normal.

**TABLA 11:** Pregunta N° 18 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?</i>		
Muy insatisfecho/a	4	10.0
Poco	4	10.0
Lo normal	15	37.5
Bastante satisfecho/a	11	27.5
Muy satisfecho/a	6	15.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°11, pregunta n°18 del cuestionario el 37,5 se encuentra en lo normal para satisfacción con su capacidad de trabajo.

## 5.4 Dimensión Psicológica del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)

**TABLA 12:** Pregunta N°5 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>5. ¿Cuánto disfruta de la vida?</i>		
Nada	1	2.5
Un poco	8	20.0
Lo normal	14	35.0
Bastante	10	25.0
Extremadamente	7	17.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

**Análisis:**

Según la tabla N°12, se manifiesta que en la pregunta n° 5 del cuestionario el 35% de los encuestados disfruta lo normal de la vida mientras que el 25% lo hace bastante.

**TABLA 13:** Pregunta N°6 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?</i>		
Nada		
Un poco	1	2.5
Lo normal	6	15.0
Bastante	12	30.0
Extremadamente	16	40.0
	5	12.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

**Análisis:**

Según la tabla N°13, en la pregunta n°6 del cuestionario el 40% siente bastante que su vida tiene sentido y para el 30% lo es en forma normal.

**TABLA 14:** Pregunta N°7 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?</i>		
Nada	3	7.5
Un poco	5	12.5
Lo normal	10	25.0
Bastante	19	47.5
Extremadamente	3	7.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

**Análisis:**

De acuerdo a la tabla N°14, según la pregunta n°7 del cuestionario el 47,5% posee bastante capacidad de concentración, el 25% se concentra de forma normal.

**TABLA 15:** Pregunta N°11 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?</i>		
Un poco	4	10.0
Lo normal	12	30.0
Bastante	14	35.0
Totalmente	10	25.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

**Análisis:**

Según la tabla N° 15, en la pregunta n°11 del cuestionario un 35% acepta bastante su apariencia física y un 30% lo hace de forma normal.

**TABLA 16:** Pregunta N°19 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?</i>		
Muy insatisfecho/a		
Poco	1	2.5
Lo normal	2	5.0
Bastante satisfecho/a	18	45.0
Muy satisfecho/a	15	37.5
	4	10.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

**Análisis:**

Según la tabla N° 16, en la pregunta n°19 del cuestionario el 45% manifiesta estar normal con consigo mismo, el 37,5% está bastante satisfecho.

**TABLA 17:** Pregunta N°26 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?</i>		
Siempre	6	15.0
Frecuentemente	8	20.0

Moderadamente	9	22.5
Raramente	6	15.0
Nunca	11	27.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°17, en la pregunta n° 26 del cuestionario predomina el 27,5% que nunca ha presentado sentimientos negativos frente al 22,5% que moderadamente los ha presentado.

### 5.5 Dimensión Social del Cuestionario Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)

**TABLA 18:** Dimensión Social Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?</i>		
Muy insatisfecho/a	3	7.5
Poco	3	7.5
Lo normal	11	27.5
Bastante satisfecho/a	16	40.0
Muy satisfecho/a	7	17.5
<i>21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?</i>		
<i>Muy insatisfecho/a</i>		
Poco	19	47.5
Lo normal	15	37.5
Bastante satisfecho/a	5	12.5
	1	2.5
<i>22. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?</i>		

Muy insatisfecho/a		
Poco	7	17.5
Lo normal	7	17.5
Bastante satisfecho/a	6	15.0
Muy satisfecho/a	16	40.0
	4	10.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### **Análisis:**

Según la Tabla N°18 de la dimensión social del cuestionario de calidad de vida, en la pregunta n°20 el 40% está muy satisfecho con las relaciones personales mientras que el 27,5% está de forma normal, en la pregunta n°21 el 47,5% está muy insatisfecho con su vida sexual y un 37,5% está un poco satisfecho y en la pregunta n°22 el 40% está bastante satisfecho/a con el apoyo que obtiene de sus amigos y con un 17,5% para muy insatisfecho y poco satisfecho.

### **5.6 Dimensión Ambiental del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF).**

**TABLA 19:** Pregunta N°8 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?</i>		
Nada	3	7.5
Un poco	2	5.0
Lo normal	11	27.5
Bastante	16	40.0
Extremadamente	8	20.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### **Análisis:**

Según la tabla N°19 se obtuvo en la pregunta n°8 del cuestionario que el 40% siente bastante seguridad en su vida diaria y un 27,5% siente lo normal.

**TABLA 20:** Pregunta N°9 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?</i>		
Nada	1	2.5
Un poco	2	5.0
Lo normal	6	15.0
Bastante	21	52.5
Extremadamente	10	25.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°20, en la pregunta n°9 un 52,5 piensa que su ambiente es físico es bastante saludable y un 25% piensa que lo es extremadamente.

**TABLA 21:** Pregunta N°12 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>12. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?</i>		
Un poco	15	37.5
Lo normal	5	12.5
Bastante	9	22.5
Totalmente	11	27.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

**Análisis:**

Según la tabla N° 21, en la pregunta n° 12 del cuestionario el 37,5% puede desplazarse un poco de un lugar a otro y el 27,5% lo puede hacer totalmente.

**TABLA 22:** Pregunta N°13 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>13. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?</i>		
Muy insatisfecho/a		
Poco	8	20.0
Lo normal	7	17.5
Bastante satisfecho/a	6	15.0
Muy satisfecho/a	7	17.5
	12	30.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

**Análisis:**

Según la tabla N°22, en la pregunta n°13 del cuestionario un 30% está muy satisfecho con su sueño mientras que con un 17,5% están poco y bastantes satisfechos.

**TABLA 53:** Pregunta N°14 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?</i>		
Nada		
Un poco	1	2.5
Lo normal	10	25.0
Bastante	8	20.0

Totalmente	14	35.0
	7	17.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

De acuerdo a la tabla N°23, en la pregunta n° 14 del cuestionario el 47,5% tiene bastante oportunidad de realizar actividades de ocio y un 25% lo puede realizar totalmente.

**TABLA 24:** Pregunta N°23 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?</i>		
Muy insatisfecho/a		
Poco	2	5.0
Lo normal	2	5.0
Bastante satisfecho/a	7	17.5
Muy satisfecho/a	19	47.5
	10	25.0

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°24, en la pregunta n° 23 del cuestionario el 47,5% está bastante satisfecho de las condiciones del lugar donde vive además un 25% está muy satisfecho.

**TABLA 25:** Pregunta N°24 Cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
----------	--------------------	------------

24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Poco		
Lo normal	2	5.0
Bastante satisfecho/a	4	10.0
Muy satisfecho/a	21	52.5
	13	32.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°25, en la pregunta n°24 del cuestionario el 52,5% está bastante satisfecho con el acceso que tiene a los servicios sanitarios seguido por el 32,5 que está muy satisfecho.

**TABLA 26:** Pregunta N°24 Cuestionario WHOQOL-BREF

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?		
Muy insatisfecho/a		
Poco	13	32.5
Lo normal	7	17.5
Bastante satisfecho/a	7	17.5
Muy satisfecho/a	12	30.0
	1	2.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°26, en la pregunta n°25 del cuestionario un 32,5% está muy insatisfecho con los servicios de transporte de la zona y un 30% está bastante satisfecho.

## 5.7 Dimensiones del Cuestionario WHOQOL-BREF.

**TABLA 27:** Dimensiones del cuestionario WHOQOL-BREF.

	<b>Frecuencia</b> <b>N=40</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Calidad de vida: Dimensión</i>		
<i>Física.</i>		
Bastante mala	3	7.5
Normal	12	30.0
Bastante buena	19	47.5
Muy buena	6	15.0
<i>Calidad de vida: Dimensión</i>		
<i>Psicológica.</i>		
Bastante mala	1	2.5
Normal	12	30.0
Bastante buena	19	47.5
Muy buena	8	20.0
<i>Calidad de vida: Dimensión</i>		
<i>Social.</i>		
Bastante mala	1	2.5
Normal	10	25.0
Bastante buena	16	40.0
Muy buena	13	32.5
<i>Calidad de vida: Dimensión</i>		
<i>Ambiental.</i>		
Bastante mala	2	5.0
Normal	11	27.5
Bastante buena	22	55.0
Muy buena	5	12.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### **Análisis:**

A partir de la tabla N°27 que se divide en 4 dimensiones se obtuvo: en la física el 47,5% de la población tiene una calidad de vida bastante buena, en la psicológica un 47,5 tiene la calidad de vida bastante buena, en la dimensión social el 40% corresponde a normal y en la ambiental un 55% tiene bastante buena.

## 5.8 Total de Cuestionario WHOQOL-BREF

**TABLA 28:** Calidad de Vida en el Hogar Cristo Rey según cuestionario WHOQOL-BREF.

Variable	Frecuencia N=40	Porcentaje
<i>Calidad de vida</i>		
Bastante mala	2	5.0
Normal	13	32.5
Bastante buena	22	55.0
Muy buena	3	7.5

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°28, del resultado total de calidad de vida, para 55% es una calidad de vida bastante buena, 32,5% es normal y para un 7,5% es muy buena.

## 5.9 Correlación de variables Sociodemográficas y Calidad de Vida.

**TABLA 29:** Edad y Calidad de vida.

	Calidad de vida				Total	Chi cuadrado Valor p
	Muy mala	Normal	Bastante buena	Muy buena		
<i>Edad</i>						
Avanzada	1 (2.5)	6 (15.0)	9 (22.5)	0 (0.0)	16 (40.0)	4.231
Anciano	1 (2.5)	7 (17.5)	11 (27.5)	3 (7.5)	22 (55.0)	0.645
Longevo	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	2 (5.0)	

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°29, la correlación entre variable Edad y la Calidad de Vida el mayor número pertenece al rango de edad anciana (75 a 90 años) del cual un 27.5% tiene una calidad de vida bastante buena seguida por el 17,5% normal.

**TABLA 30:** Sexo y Calidad de Vida.

Variable	Calidad de vida				Total	Chi cuadrado Valor p
	Bastante mala	Normal	Bastante buena	Muy buena		
<i>Sexo</i>						
Masculino	1 (2.5)	5 (12.5)	9 (22.5)	9 (22.5)	18 (45.0)	4.060
Femenino	1 (2.5)	8 (20.0)	13 (32.5)	13 (32.5)	22 (55.0)	0.255

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°30, la correlación entre la variable sexo y calidad de vida, existe un predominio de adultos mayores de sexo femenino, del cual el 32,5% tienen una calidad de vida bastante buena y el 20% normal.

**TABLA 31:** Nivel de Instrucción y calidad de vida.

Variable	Calidad de vida				Total	Chi cuadrado Valor p
	Bastante mala	Normal	Bastante buena	Muy buena		
<i>N. Instrucción</i>						
Primaria	2 (5.0)	12 (30.0)	14 (35.0)	2 (5.0)	30(75.0)	18.132
Secundaria	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (10.0)	0 (0.0)	4 (10.0)	0.034
Tercer nivel	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	1 (2.5)	
Ninguna	0 (0.0)	1 (2.5)	4 (10.0)	0 (0.0)	5 (12.5)	

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

De acuerdo a la tabla N° 31, la relación entre nivel de instrucción y calidad nos dio como resultado que del 75% de aquellos que cursaron el nivel primario un 35% posee una calidad bastante buena seguido por el 30% para normal.

**TABLA 32:** Religión y Calidad de Vida.

Variable	Calidad de vida				Total	Chi cuadrado Valor p
	Bastante mala	Normal	Bastante buena	Muy buena		
<i>Religión</i>						
Católico	2 (5.0)	13 (32.5)	19 (47.5)	3 (7.5)	37 (92.5)	2.654
Cristiano	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (2.5)	0.851
Otra	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	2 (5.0)	

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### Análisis:

Según la tabla N°32, la relación entre la religión y calidad de vida dio como resultado que el 92,5% practica la religión católica y de este el 47,5% posee una calidad de vida bastante buena y para el 32,5% es normal.

**TABLA 33:** Estado Civil y Calidad de Vida.

Variable	Calidad de vida				Total	Chi cuadrado Valor p
	Bastante mala	Normal	Bastante buena	Muy buena		
<i>Estado Civil</i>						
Soltero	1 (2.5)	4 (10.0)	10 (25.0)	2 (5.0)	17 (42.5)	3.588
Casado	1 (2.5)	4 (10.0)	4 (10.0)	0 (0.0)	9 (22.5)	0.732
Viudo	0 (0.0)	5 (12.5)	8 (20.0)	1 (2.5)	14 (35.0)	

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### **Análisis:**

Según la tabla N°33, la relación entre estado civil y calidad de vida existe un predominio de adultos mayores solteros con el 42,5%, del cual el 25% tiene una calidad de vida bastante buena, el 10% normal y un 5% muy buena.

**TABLA 34:** Tiempo de estadía y calidad de vida.

Variable	Calidad de vida				Total	Chi cuadrado Valor p
	Bastante mala	Normal	Bastante buena	Muy buena		
<i>T. de estadía</i>						
Corta	1 (2.5)	6 (15.0)	11 (27.5)	0 (0.0)	18 (45.0)	9.414
Media	0 (0.0)	1 (2.5)	4 (10.0)	0 (0.0)	5 (12.5)	0.400
Larga	1 (2.5)	2 (5.0)	1 (2.5)	1 (2.5)	5 (12.5)	
Prolongada	0 (0.0)	4 (10.0)	6 (15.0)	2 (5.0)	12 (30.0)	

*Fuente: formulario de datos*

*Elaboración: las autoras*

### **Análisis:**

Según la tabla N°34, la correlación entre tiempo de estadía y calidad se obtuvo que el 45% de adultos mayores tienen una estadía corta, del cual el 27,5% tiene una calidad de vida bastante buena, seguido por el 15% con normal.

## Capítulo VI

### Discusión

Con el objetivo de conocer la Calidad de Vida del Adulto Mayor del Hogar Cristo Rey, esta investigación, se basó en aplicar la escala WHOQOL-BREF a 40 individuos mayores de 60 años. Para ello, se hizo énfasis en la definición de la calidad de vida de la OMS, la cual menciona: “la calidad de vida está vinculada a la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones”, de tal forma que, la escala aplicada evalúa todos los criterios mencionados.

Inicialmente, de acuerdo a los datos obtenidos, se evidencia un predominio del sexo femenino (55%) sobre el sexo masculino (45%), demostrando relación con las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), pues, muestran que, en el año 2019, se obtuvieron datos de 1'264.423 adultos mayores de los cuales un 46% son hombres, mientras que el restante 54% son mujeres (40).

Acorde al objetivo general planteado, el cual consistía en describir la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar Cristo Rey, se obtuvieron datos del total de la población (N=40), que permitieron plasmar los puntajes de la Calidad de Vida, tanto a nivel global como de cada uno de los dominios de los cuales está compuesta la escala aplicada: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente. A nivel global, según el estudio realizado, se percibe una Calidad de Vida “Bastante buena”, encontrándose el puntaje más bajo (40%) en el dominio Relaciones sociales y destacándose por su mejor desempeño (55%) el dominio Ambiental. Datos que podemos corroborar gracias a un estudio internacional, llevado a cabo en Colombia, por Tacumá Prada. C (41), pues, estableció una muestra de 300 adultos mayores, de los cuales se concluyó que el 17%, se encuentran insatisfechos con su calidad de vida, el 36,3% auto percibe como lo normal y el 48%, en mayor porcentaje, se encuentra satisfecho.

Del mismo modo, la investigación realizada por Montanet y colaboradores (42), en Cuba, nos permite reflejar que, entre los ancianos de la Casa de Abuelos, 24 de ellos, para un 57.2%, se incluyen en la categoría Calidad de Vida alta; en media y baja aparecen 8 y 7 casos

respectivamente con 19.0% y 16.6%; en tanto, la categoría muy baja agrupa a 3 ancianos para un 7.2%, datos que se acercan a lo mencionado en nuestra población.

En relación con otros estudios realizados, se encontraron resultados similares con el estudio realizado por Cardona. D (43), en donde determinó que el 60,0% de los adultos mayores, después de aplicadas las encuestas, tuvieron un resultado de bueno y el 3,3% excelente, mientras el 36,7% reveló que era regular o malo, demostrando nuevamente, concordancia con los resultados obtenidos en el presente estudio.

En relación al segundo objetivo específico de este trabajo de investigación, el cual era determinar cómo es la calidad de vida de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey según el sexo. Primeramente, los resultados del presente estudio mostraron que no hay diferencias significativas en la calidad de vida por sexo ( $p > 0,05$ ), lo que se corresponde con el estudio presentado por Maldonado y Mendiola (44) quienes mediante el uso del Instrumento MGI Calidad de Vida, no encontraron una diferencia estadísticamente significativa entre sexo y calidad de vida. Así mismo, Rodríguez. C y colaboradores (45), en su investigación ejecutada en Cuba, nos revelan datos que permiten verificar que no existe asociación significativa entre ambas variables, reafirmando los resultados alcanzados.

Sin embargo, gracias a la implementación del estudio en el Hogar Cristo Rey, se ha logrado identificar asociación significativa entre la calidad de vida y el nivel de instrucción ( $p = 0.034$ ), pues, en cuanto a la instrucción de los participantes del estudio, sobresale la “escolaridad primaria” (75%), luego tenemos el nivel de “ninguna” (5%), destacando también la presencia de un adulto mayor (2.5%) que ha cursado el “tercer nivel” de instrucción. Ello, demuestra relación con el estudio realizado en Colombia por Cardona. D y colaboradores (46), quienes nos dieron a conocer que, las personas en proceso de envejecimiento con primaria como máximo grado de escolaridad representaban 63,9% de la muestra y los que tenían estudios de secundaria eran el 19,2%. De igual forma, se evidenció un leve incremento en los estudios de posgrado alcanzado por los adultos mayores, pues el 0,1% manifestó haber alcanzado este nivel. Mientras que, a nivel local, en Quito, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, nos dice la mayoría de adultos mayores de la ciudad cursaron el nivel primario con el 46,2%, luego le sigue la secundaria con el 25,5% (47), similar a lo encontrado en nuestra población.

Por consiguiente, se observó una tendencia a mejorar la percepción de la calidad de vida, a medida que aumenta el grado de escolaridad; similar a lo reportado por Romero y Montoya (48),

quienes, mediante la aplicación de encuestas para la recolección de datos para su investigación, manifestaron que es evidente la relación que existe entre el ámbito de bienestar y el educativo, ya que, se aprecia que, a mayor educación, mejor calidad de vida. Comparando estos resultados, encontramos que son muy parecidos a los nuestros porcentualmente. Además, se corrobora lo mencionado una vez más, en otra investigación perteneciente a Melguizo. E y colaboradores (49), quienes derivan de sus resultados que, tener nivel de escolaridad secundaria o más, mostró estar asociado a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores.

## Capítulo VII

### Conclusión y Recomendaciones

#### 7.1 Conclusión

Finalmente, luego de realizar la recolección de información mediante el cuestionario y entrevista directa, tabulación de datos y el correspondiente análisis de los datos que se obtuvieron de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey, se ha concluido que:

- De acuerdo al Cuestionario Calidad de Vida WHOQOL-BREF, es un instrumentos útil y fácil de aplicar e interpretar, adecuado para que el profesional de enfermería pueda conocer que tan buena o mala es la calidad de vida de los Adulto Mayores, encontrando de manera global se percibe una calidad “bastante buena”, y según dominios, el ambiental tiene un mejor puntaje con el 55% mientras que el menor puntuado es el de relaciones sociales con un 40%.
- Según las características sociodemográficas de los adultos mayores se determinó que existe un mayor porcentaje del sexo femenino con un 55%, una edad predominante de entre 75-90 años con 55% (anciano), nivel de instrucción primario del 75%, religión católica 92,5%, estado civil solteros 42,5%.
- No existen diferencias significativas según la relación entre el sexo y la calidad de vida del adulto mayor.
- Dentro de la relación entre la edad y la calidad de vida, no hay un rango de edad donde sea notable un deterioro, en su mayoría se reflejan resultados desde normal a bastante buena.

#### 7.2 Recomendaciones

- Instaurar actividades dinámicas donde se haga participe al adulto mayor, en cualquier institución donde se encargan de su cuidado como asilos, casas hogar, entre otros, mejorando su calidad de vida haciéndole sentir que no ha perdido la oportunidad de ser parte activa de la sociedad.
- Promover la colaboración sustancial de la familia y sociedad en general en el cuidado del adulto mayor, a través de estrategias de educación para evitar que la población

geriátrica se sienta excluida y por ende tiendan a desarrollar otras enfermedades físicas o psicológicas.

- Realizar la difusión del presente informe de investigación en instituciones encargadas de cuidado del adulto mayor y en instituciones de educación superior para que realicen actividades donde se vea una mejoría de la calidad de vida y se amplíen los años de un envejecimiento saludable.

### Referencias

1. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. junio de 2014;25(2):57-62.
2. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med Lima. 2007;68(3):7.
3. Valenzuela MT, Rodríguez C, Pérez I, Sarmiento L, SanMartín P. Intervención multidimensional preventiva de dependencia de personas mayores del centro integral para el envejecimiento feliz. Revista Médica Clínica Las Condes. 2021;32(4):466-73.
4. Arocha Rodulfo JI. Sedentarismo, la enfermedad del siglo XXI. Clínica E Investig En Arterioscler. 1 de septiembre de 2019;31(5):233-40.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Proyecciones Poblacionales [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
6. Seguí Díaz M. Sedentarismo y mortalidad. SEMERGEN - Med Fam. 1 de noviembre de 2015;41(8):450-1.
7. Lucerón-Lucas-Torres MI, Valera-Ortín J. TIC en actividad física y parámetros cardiovasculares en mayores: una revisión. Enferm Clínica [Internet]. 14 de julio de 2021 [citado 10 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862121001005>
8. Ramos Monteagudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos M de los Á. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Rev Arch Méd Camagüey. junio de 2016;20(3):330-7.
9. Blanco V, Guisande MA, Sánchez MT, Otero P, López L, Vázquez FL. Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. Rev Esp Geriatr Gerontol. enero de 2019;54(1):19-26.
10. Domínguez Guedea MT, García AO, Rivera Sander MA. Bienestar, Apoyo Social y Contexto Familiar de Cuidadores de Adultos Mayores. Acta Investig Psicológica. 1 de abril de 2013;3(1):1018-30.

11. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enferm Univ.* 1 de enero de 2015;12(1):19-27.
12. León Barua R, Berenson Seminario R. Medicina teórica.: Definición de la salud. *Revista Médica Herediana.* julio de 1996;7(3):105-7.
13. Leturia Arrazola FJ. El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 1 de marzo de 1999;34(2):105-12.
14. Molina RT. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte.* 2005;(21):76-86.
15. Belmonte Darraz S, González-Roldán AM, María Arrebola J, Montoro-Aguilar CI. Impacto del ejercicio físico en variables relacionadas con el bienestar emocional y funcional en adultos mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* mayo de 2021;56(3):136-43.
16. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza E, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Aten Primaria.* 2015;47(6):329-35.
17. Quintanar A. Análisis de la Calidad de Vida en Adultos Mayores del Municipio de Tetepango, hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF. *Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo.* noviembre de 2010;102.
18. Albala C. El Envejecimiento De La Población Chilena Y Los Desafíos Para La Salud Y El Bienestar De Las Personas Mayores. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de enero de 2020;31(1):7-12.
19. Salech F, Thumala D, Arnold M, Arenas Á, Pizzi M, Hodgson N, et al. Una visión transdisciplinaria del envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 1 de enero de 2020;31(1):13-20.
20. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del Adulto Mayor. *Enferm Univ.* 1 de julio de 2016;13(3):159-65.

21. Felipe Salech M, Rafael Jara L, Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 1 de enero de 2012;23(1):19-29.
22. Benavides Rodriguez CL, Garcia JA, Fernández Ortega J, Peña-Ibagon JC. Estudio comparativo entre la condición física funcional de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Fisioterapia*. 1 de noviembre de 2021;43(6):347-55.
23. Crespo-Salgado JJ, Delgado-Martín JL, Blanco-Iglesias O, Aldecoa-Landesa S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Aten Primaria*. 1 de marzo de 2015;47(3):175-83.
24. Cristi-Montero C, Rodríguez, R F. Paradoja: «activo físicamente pero sedentario, sedentario pero activo físicamente». Nuevos antecedentes, implicaciones en la salud y recomendaciones. *Rev Médica Chile*. enero de 2014;142(1):72-8.
25. Ecuador M de salud pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012. Quito: INEC; 2014.
26. de León AC, de la C. Rodríguez-Pérez M, Rodríguez-Benjumbeda LM, Anía-Lafuente B, Brito-Díaz B, de Fuentes MM, et al. Sedentary Lifestyle: Physical Activity Duration Versus Percentage of Energy Expenditure. *Rev Esp Cardiol Engl Ed*. enero de 2007;60(3):244-50.
27. Gómez-Peralta F, Abreu C, Cos X, Gómez-Huelgas R. ¿Cuándo empieza la diabetes? Detección e intervención temprana en diabetes mellitus tipo 2. *Rev Clínica Esp*. 1 de junio de 2020;220(5):305-14.
28. Javier Varo Cenarruzabeitia J, Martínez Hernández JA, Martínez-González MÁ. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Med Clínica*. enero de 2003;121(17):665-72.
29. Vázquez ÁN, Rodríguez RF-M, González AL. El tratamiento de la osteoporosis: ¿qué lecciones hemos aprendido? FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria. 1 de agosto de 2020;27(7):317-9.
30. Valencia MC, Meza-Osnaya G, Pérez-Cruz I, Cortes-Campero N, Hernández-Ovalle J, Hernández-Paredes P, et al. Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer. *Rev Calid Asist*. 1 de julio de 2017;32(4):221-5.

31. Carretero Gómez J, Ena J, Arévalo Lorigo JC, Seguí Ripoll JM, Carrasco-Sánchez FJ, Gómez-Huelgas R, et al. La obesidad es una enfermedad crónica. Posicionamiento del grupo de trabajo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) por un abordaje centrado en la persona con obesidad. *Rev Clínica Esp* [Internet]. 26 de julio de 2020 [citado 24 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520301806>
32. Rodolfo Lahsen M. Síndrome metabólico y diabetes. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de enero de 2014;25(1):47-52.
33. Acosta Benito MÁ. Fragilidad en el anciano: del síndrome a la planificación sociosanitaria y legal. *Rev Esp Med Leg*. 1 de abril de 2015;41(2):58-64.
34. Barral AG, Barral AG, Alonso Ma del C de H, Viñas AT. Protocolo de diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 1 de junio de 2018; 25:1-44.
35. García AMA, Maya ÁMS. Discovering the feelings and behaviors experienced by the elderly with chronic benign pain. *Gerokomos*. diciembre de 2016;27(4):5.
36. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. diciembre de 2017;19(3):89-100.
37. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*. diciembre de 2014;36(6):835-45.
38. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Médica Chile*. mayo de 2011;139(5):579-86.
39. Servicio Andaluz de Salud. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF. Junta de Andalucía. 2010;(18):10.
40. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Informe Mensual De Gestión Del Servicio De Atención Y Cuidado Para Personas Adultas Mayores Y Del Estado Situacional De Su Población

Objetivo [Internet]. InfoMIES; 2020 [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en: [file:///C:/Users/HP/Downloads/2020%20INFORME%20PAM%20MAYO%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/2020%20INFORME%20PAM%20MAYO%20(4).pdf)

41. Prada CPT. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en los centros día de Bogotá. REDIIS / Revista de Investigación e Innovación en Salud. 15 de mayo de 2019;2:12-21.

42. Montanet Avendaño A, Bravo Cruz CM, Hernández Elías EH. La calidad de vida en los adultos mayores. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. marzo de 2009;13(1):1-10.

43. Cardona D. Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2010;28(2):149-60.

44. Guzmán GM, Infante SVM. Autopercepción De La Calidad De Vida En Adultos Mayores. Contribuciones a las Ciencias Sociales. abril de 2009;15.

45. Corugedo Rodríguez M del C, García González D, González Arias VI, Crespo Lechuga GA, González García G, Calderín Hernández M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. Revista Cubana de Medicina General Integral. junio de 2014;30(2):0-0.

46. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Biomédica. junio de 2006;26(2):206-15.

47. Morales V. La Población Adulto Mayor En La Ciudad De Quito Estudio De La Situación Sociodemográfica Y Socioeconómica. Instituto Nacional De Estadística Y Censos. 2008;32.

48. Soria Romero Z, Montoya Arce BJ, Soria Romero Z, Montoya Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles de población. septiembre de 2017;23(93):59-93.

49. Herrera EM, López AA, Pérez BC. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). Salud Uni

## Anexos

### Anexo A: Operacionalización de variables.

Variable	Definición Conceptual	Dimensión.	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Tiempo vivido de una persona hasta su fecha actual.	Tiempo Transcurrido.	Años cumplidos.	Variable Numérica. 60-74 años de edad. 75-90 años de edad. Más de 90 años de edad.
<b>Sexo</b>	Conjunto de peculiaridades que dan características de la especie siendo masculinos y femeninos.	Fenotipo.	Observación directa.	Variable Nominal. Masculino. Femenino.
<b>Estado Civil</b>	La situación de las personas es determinada por sus relaciones de familia, que proceden del matrimonio o parentesco, estableciendo deberes y derechos.	Condición jurídica.	Cédula de Identidad.	Variable Nominal. Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a. Unión Libre.

<b>Religión</b>	Conjunto de creencias religiosas, normas de comportamiento y ceremonias de oración que son propias de un grupo humano y con las que el hombre reconoce la relación con una divinidad.	Espiritual.	Creencias.	Variable Nominal. Católico/a Evangélico/a Cristiano/a Mormones Ateos Otra.
<b>Nivel de Instrucción.</b>	Nivel más alto de estudios realizados o en curso, no se tiene en cuenta si estos ya se han terminado, son provisionales o incompletos.	Nivel educativo.	Grado máximo de educación alcanzada.	Variable Ordinal. Primaria, Secundaria. Superior/Tercer Nivel Cuarto nivel.
<b>Calidad de Vida</b>	Conjunto de factores que dan bienestar a una persona, tanto en la parte material como emocional.	- Salud física. - Salud psicológica. - Relaciones sociales. -Ambiente.	Salud	Escala WHOQOL-BREF (Anexo #3) Variable Ordinal. Muy mala. Bastante mala. Normal. Bastante buena. Muy buena.

Realizado por: Autoras.

## Anexo B: Cuestionario de Recolección de Datos.

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA

### Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey, Cuenca, 2022-2023.

Formulario # \_\_\_\_\_

Número de cédula: \_\_\_\_\_

#### Datos Generales.

Edad _____ (años)	
Sexo:      Masculino _____      Femenino _____	
<b>Nivel de instrucción:</b>  Primaria <input type="checkbox"/>  Secundaria <input type="checkbox"/>  Tercer Nivel <input type="checkbox"/>  Ninguna <input type="checkbox"/>  <b>Religión:</b>  Católico/a <input type="checkbox"/>  Evangélico/a <input type="checkbox"/>  Cristiano/a <input type="checkbox"/>  Mormón <input type="checkbox"/>  Ateo <input type="checkbox"/>  Otra. <input type="checkbox"/>	<b>Estado Civil:</b>  Soltero/a <input type="checkbox"/>  Casado/ <input type="checkbox"/>  Viudo/a <input type="checkbox"/>  Divorciado/a <input type="checkbox"/>  Unión libre <input type="checkbox"/>  Separado/a <input type="checkbox"/>   <b>Fecha de ingreso al centro geriátrico:</b> _____

## CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)

	Muy mala	Bastante mala	Lo normal	Bastante buena	Muy buena
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?					
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía					

suficiente para su vida diaria?					
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
--	------	---------	-----------	----------	----------------

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
--	--	--	--	--	--

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

	Poco satisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
19. ¿Cuán satisfecho está con sí mismo?					

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos las últimas semanas?

	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

Realizado por: Autoras.

## Anexo C: Consentimiento Informado.

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de la investigación:** Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey, Cuenca, 2022-2023.

#### Datos del equipo de investigación:

	<b>Nombres Completos</b>	<b># Cédula</b>	<b>Institución a la que pertenece</b>
Investigadora	Jennifer Patricia Juca Galarza	010638702-0	Universidad de Cuenca
Investigadora	Katherine Marcela Vele Matailo	0151077112	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?
<p>Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Hogar Cristo Rey, en la ciudad de Cuenca. En el presente documento llamado "Consentimiento Informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. Además, se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que desee participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, usted tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, vuelva a leer este documento o consulte con personas de su confianza.</p>
Introducción
<p>Actualmente, el hecho de envejecer, ha traído consigo consecuencias no solo físicas, sino también económicas, sociales y políticas. A partir de ello, surge la institucionalización del adulto mayor en centros geriátricos, mismos que proponen un cuidado holístico de gran beneficio y aporte para la vida de las personas.</p> <p>Algo que es imprescindible resaltar, son los datos que se tiene acerca del incremento del nivel de dependencia de las personas institucionalizadas, pues, es significativa la reducción de actividad física conjuntamente con la no ejecución de actividades de la vida diaria.</p>

<p>Teniendo en cuenta las proyecciones de la población, tanto a nivel nacional como mundial, resaltadas por el incremento de la PAM, se puede decir que, con el objetivo de determinar la calidad de vida de los Adultos Mayores de Hogar Cristo Rey, se busca conocer y hacer conocer los resultados esperando el mantenimiento o corrección, según sea el caso, de los cuidados aplicados de manera cotidiana, resaltando la importancia de la actividad física y la autonomía de los adultos mayores para de esta manera beneficiar a la población actual y futura.</p>
<p><b>Objetivo del estudio</b></p>
<p>Conocer la calidad de Vida de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey.</p>
<p><b>Descripción de los procedimientos</b></p>
<p>Consta en el llenado de un formulario, el cual consiste en valorar la calidad de vida que presente el usuario y tendrá un tiempo estipulado de 20 minutos.</p> <p>El procedimiento a realizar es:</p> <p>El formulario WHOQOL-BREF consta de 26 preguntas, dos generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente.</p>
<p><b>Riesgos y beneficios</b></p>
<p>Los datos obtenidos en la investigación serán de carácter confidencial; sin embargo, las investigadoras manejarán los mismos con fines educativos. Además, la presente investigación no presenta ningún riesgo para su salud.</p> <p>Es posible que en este estudio no exista ningún beneficio directo para usted. Pero al final de esta investigación, la información que se generará, puede aportar beneficios a los próximos estudiantes de la Carrera de Enfermería para que de esta manera conozcan la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey y a la vez generar un documento de base que sirva de guía para futuras intervenciones en el cuidado de la población geriátrica para sus prácticas de enfermería en el Clínico Quirúrgico del Adulto Mayor y para futuras investigaciones.</p>
<p><b>Otras opciones si no participa en el estudio</b></p>
<p>La participación de esta investigación es de manera voluntaria, por lo que usted es libre de decidir si desea o no participar en este estudio.</p>
<p><b>Derechos de los participantes</b></p>

<p>Usted tiene derecho a:</p> <p>Recibir la información del estudio de forma clara;</p> <p>Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;</p> <p>Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;</p> <p>Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;</p> <p>Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;</p> <p>Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;</p> <p>Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;</p> <p>El respeto de su anonimato (confidencialidad);</p> <p>Que se respete su intimidad (privacidad);</p> <p>Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;</p> <p>Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;</p> <p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p>
<p><b>Manejo del material biológico recolectado</b></p>
<p>No procede.</p>
<p><b>Información de contacto</b></p>
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor al siguiente teléfono 0997920810 que pertenece a Juca Galarza Jennifer Patricia o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:jennifer.jucag@ucuenca.edu.ec">jennifer.jucag@ucuenca.edu.ec</a>, o al 0987957256 que pertenece a Vele Matailo Katherine Marcela o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:marcela.vele@ucuenca.edu.ec">marcela.vele@ucuenca.edu.ec</a></p>

<p><b>Consentimiento informado</b></p>			
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>			
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: [jose.ortiz@ucuenca.edu.ec](mailto:jose.ortiz@ucuenca.edu.ec)

## Anexo D: Oficio de Aceptación del Hogar Cristo Rey



CONGREGACIÓN DE LAS HERMANITAS  
DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS  
HOGAR CRISTO REY

Cuenca 30 de Junio del 2022

Srtas.

JENNIFER PATRICIA JUCA GALARZA

KATHERINE MARCELA VERA MATAILO

ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA

Ciudad

De mis consideraciones

Dando respuesta al Oficio emitido el 21 de Junio del 2022, en donde se solicita realizar la investigación para la elaboración de la Tesis "Calidad de Vida en el Adulto Mayor en el Hogar Cristo Rey."

La toma de muestras se realizara la primera semana del mes de Agosto, las Actividad de labor social están aprobadas del 8 al 19 de Agosto, en horario de 6 h 30 a 10 h 30 am, las fechas serán revisadas en coordinación con el área médica.

Es todo cuanto puede informar en honor a la verdad.

