

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Tema:**

**ANÁLISIS COMPARATIVO: CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE SOLEDAD EN  
ADULTOS MAYORES INTERNOS Y AMBULATORIOS**

**Proyecto de Investigación previo a la obtención de título de Psicóloga Clínica**

**Líneas de Investigación:**

**SALUD Y GRUPOS VULNERABLES**

**Autora:**

**VALERIA MICAELA TOALOMBO DÍAZ**

**Director:**

**PAUL MARLON MAYORGA LASCANO**

**AMBATO – ECUADOR**

**MAYO 2021**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

**ANÁLISIS COMPARATIVO: CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE SOLEDAD EN  
ADULTOS MAYORES INTERNOS Y AMBULATORIOS**

**Línea de Investigación:**

Salud y Grupos Vulnerables

**Autora:**

VALERIA MICAELA TOALOMBO DÍAZ

Paul Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg.

f. 

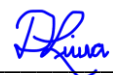
**CALIFICADOR**

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dr, Mg.

f. 

**CALIFICADOR**

Dayamy Lima Rojas, Ps, Mg.

f. 

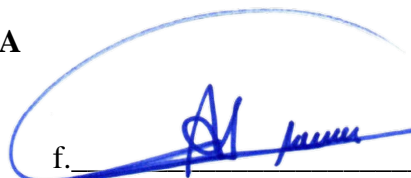
**CALIFICADOR**

Varna Hernández Junco, Msc.

f. 

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.

f. 

**SECRETARIO GENERAL PUCESA**

**AMBATO – ECUADOR**

**MAYO 2021**

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **VALERIA MICAELA TOALOMBO DÍAZ**, con CC. **1804430005**, autora del trabajo de graduación intitulado: “ANÁLISIS COMPARATIVO: CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES INTERNOS Y AMBULATORIOS”, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad Ambato, Mayo 2021

Ambato, Mayo 2021

A handwritten signature in blue ink, reading "VALERIA M. TO", enclosed in a rectangular box.

VALERIA MICAELA TOALOMBO DIAZ

CC. 1804430005

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios quien ha forjado mi camino y me ha llevado por el sendero correcto. A mi familia por ser un pilar fundamental dentro de mi vida y soporte constante en las decisiones a tomar.

También, agradezco cada uno de los docentes dentro de la Escuela de Psicología, quienes me han impartido cada uno de sus conocimientos y a mis amigos, con los cuales compartí momentos inolvidables a lo largo de cada uno de los semestres universitarios.

## **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto a mi madre, quien ha sido un ejemplo de persona, que siempre está a mi lado de forma incondicional, por ser mi impulso a lo largo de cada una de mis experiencias.

A mi hermano por estar siempre a mi lado, por ser un profesional responsable y correcto en cada una de sus labores, por compartir conmigo sus conocimientos, así demostrado que con dedicación y empeño los objetivos se cumplen.

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación es comparar entre la Calidad de Vida y el Nivel de Soledad en adultos mayores internos que se encuentra en el “Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús” y ambulatorios en el “Centro Geriátrico Vida a los Años”. El estudio tiene un diseño no experimental, con un paradigma post-positivista, de tipo cuantitativo, con un alcance exploratorio, descriptivo y de corte transversal. En cuanto a la muestra, participaron 68 adultos mayores, divididos en dos grupos correspondientes a: 34 participantes internos y 34 participantes ambulatorios, con una edad intermedia de 82,99 para los participantes internos y 82,24 para los ambulatorios. Los participantes de la investigación fueron evaluados con el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL – OLD, y la Escala de Nivel de Soledad ESTE- R. En cuanto a los resultados, se encontró que las variables del cuestionario de calidad de vida y de la escala este se encuentra sobre el punto de corte, lo que significa que existen diferencias significativas en las dos herramientas y los grupos estudiados. A modo de conclusión, frente a los resultados se expresa que existe diferencias significativas dentro de la variable de calidad de vida en los participantes internos y ambulatorios en las dimensiones de: Autonomía, Actividades Pasada, Presente y Futuras, Participación Social, Muerte o Morir e Intimidad, también, existen diferencias significativas en la variable soledad en las dimensiones de: Soledad Familiar, Soledad Conyugal y Soledad Social.

**Palabras Clave:** calidad de vida, nivel de soledad, adulto mayor

## ABSTRACT

The objective of this research is to compare the Quality of Life and the Level of Loneliness in elderly inmates at the "Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús" and outpatients at the "Centro Geriátrico Vida a los Años". The study has a non-experimental design, with a post-positivist paradigm, of quantitative type, with an exploratory, descriptive and cross-sectional scope. As for the sample, 68 older adults participated, divided into two groups corresponding to 34 internal participants and 34 ambulatory participants, with an intermediate age of 82.99 for internal participants and 82.24 for ambulatory participants. The research participants were evaluated with the Quality of Life Questionnaire WHOQOL - OLD, and the Loneliness Level Scale ESTE- R. Regarding the results, it was found that the variables of the quality of life questionnaire and the ESTE- R scale are above the cut-off point, which means that there are significant differences in the two tools and the groups studied. In conclusion, the results show significant differences in the quality of life variable in the inpatient and outpatient participants in the dimensions of Autonomy, Past, Present, and Future Activities, Social Participation, Death or Dying, and Intimacy. There are also significant differences in the variable loneliness in Family Loneliness, Marital Loneliness, and Social Loneliness.

**Keywords:** *quality of life, level of loneliness, older adult.*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Adulto Mayor .....	6
1.2. Envejecimiento .....	7
1.2.1. Envejecimiento activo .....	8
1.2.2. Envejecimiento saludable.....	10
1.2.3. Envejecimiento poblacional .....	11
1.3. Calidad de vida .....	12
1.3.1. Criterios de calidad de vida.....	13
1.3.2. Componentes de la Calidad de Vida .....	14
1.3.3. Salud y enfermedad.....	16
1.3.4. Función cognitiva .....	17
1.3.5. Participación o Integración Social.....	19
1.3.6. Dependencia .....	20
1.4. Nivel de soledad .....	22
1.4.1. Factores causantes de la soledad .....	22
1.4.2. Perspectivas conceptuales .....	24
1.4.3 Tipos de Soledad .....	25

1.4.4. Soledad y calidad de vida.....	26
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
2.1 Metodología de la Investigación .....	27
2.2 Técnicas y Herramientas .....	30
2.2.1 Técnicas.....	30
2.3 Participantes .....	34
2.4 Procedimiento Metodológico .....	38
CAPITULO III: ANALISIS DE RESULTADO.....	40
3.1 Análisis Descriptivo de las Variables.....	40
3.1.1 Calidad de Vida WHOQoL-OLD.....	40
3.1.2 Soledad, Escala ESTE- R.....	46
3.2 Análisis Comparativo .....	50
3.2.1 Calidad de Vida.....	50
3.2.2 Nivel de Soledad .....	52
CONCLUSIONES .....	55
RECOMENDACIONES .....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS.....	70

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Análisis de la consistencia interna del WHOQoL OLD</i> .....	32
Tabla 2. <i>Análisis de la consistencia interna de la escala ESTE</i> .....	33
Tabla 3. <i>Análisis Sociodemográficos de Adultos Mayores Internos y Ambulatorios</i> .....	36
Tabla 4. <i>Análisis Descriptivo de Calidad de vida en pacientes internos y ambulatorios</i> .....	40
Tabla 5. <i>Análisis Descriptivo de Nivel de Soledad en pacientes internos y ambulatorios</i> .....	46
Tabla 6. <i>Análisis Comparativo Calidad de Vida</i> .....	51
Tabla 7. <i>Análisis Comparativo del Nivel de Soledad</i> .....	53

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Puntos de Corte Cuestionario WHOQoL- Adultos Mayores Internos</i> .....	43
Gráfico 2. <i>Puntos de Corte Cuestionario WHOQoL-OLD Adultos Ambulatorios</i> .....	45
Gráfico 3. <i>Puntos de Corte Escala ESTE Adultos Internos</i> .....	48
Gráfico 4. <i>Puntos de Corte Escala ESTE Adultos Ambulatorios</i> .....	49

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este proyecto es comparar las diferencias entre la calidad de vida y el nivel de soledad en adultos mayores internos y ambulatorios en el Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús y el centro de atención geriátrico Vida a los Años. Por el momento se han encontrado escasas investigaciones que relacionen las variables de calidad de vida y nivel de soledad, por lo tanto este proyecto tiene un aporte social que se relaciona con los grupos vulnerables en este caso el adulto mayor. Tiene un paradigma positivista, diseño no experimental, de tipo cuantitativo con un alcance descriptivo, comparativo y de corte transversal. En cuanto a la muestra, participarán, 68 adultos mayores, divididos en dos grupos de 34 internos que se encuentran en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús y 34 ambulatorios en el Centro Geriátrico Vida a los Años. Los participantes de la investigación serán evaluados con el instrumento WOQoL-OLD (Acosta, Vales, Echeverría, Serrano & Flores, 2013) y la escala ESTE-R (Cardona, Villamil, Henao & Quintero, 2010).

Una investigación desarrollada por Palacios (2017), Guano- Chimborazo, con el objetivo de relacionar la calidad de vida y el equilibrio dinámico en el adulto mayor en la cual participaron una población de 106 personas, divididos en dos grupos los cuales se conformaron como: el primero de 35 personas, estos eran el grupo de control que pertenecían al centro gerontológico GAD municipal de Chambo y el segundo que estaba formado por 71 personas que se encontraban en intervención del centro gerontológico Guano. Las herramientas que se aplicaron fue el test WHOQOL- BREF que se encarga de medir la calidad de vida, el segundo test Tinnetti que se relaciona con la marcha, equilibrio y por último el test Timed get up and go que se relaciona con las medidas de movilidad de las personas por su propia cuneta (Palacios, 2017). Se encontraron hallazgos significativos la cuales se evidencia que la calidad de vida tanto del centro gerontológico GAD y Guano tiene un rango de Poco, con  $X = 2.68$ , el nivel de equilibrio dinámico tiene un resultado de  $\bar{X} = 19.90$  post intervención con un  $p: 0.00$  y finalmente la calidad de vida tras la intervención realizada por el investigador mejoro con un resultado de  $p = 0.53$  y el equilibrio mejoró significativamente arrojó un resultado de  $p = 0.00$  (Palacios, 2017).

Po otro lado, en un estudio realizado por Auquilla y Pacurucu (2018), en Cuenca– Ecuador, el objetivo de la investigación fue relacionar la percepción de calidad de vida del adulto mayor con las variables sociodemográficas, con una población de 46 adultos mayores que se encontraban dentro al “Hogar de los Abuelos”, los instrumentos que se utilizaron fue el test WHOQOL– BREF y una ficha sociodemográfica. Se pudo evidenciar que la población tenía

niveles entre medios y altos con relación a la calidad de vida, no existe relación significativa entre la calidad de vida y variables sociodemográficas. Sin embargo, se pudo evidenciar una percepción positiva de los dominios de calidad de vida, en las cuales, fueron físico, psicológico y relación con el entorno (Auquilla & Pacurucu, 2018).

Al igual que, en la investigación realizada por Mayorga (2018), en Ambato– Ecuador, con el objetivo de determinar la relación entre soledad y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato. Esta investigación se formó con una muestra de 40 personas adultas de 60 años que asisten de manera regular en el Centro Integral del Adulto Mayor del GAD Ambato. Los reactivos que se utilizaron fueron dos, los cuales tiene la finalidad de identificar los tipos y nivel de soledad, el cuestionario ESTE– R y el test de Evaluación cognitiva Montreal (MoCA) que tiene como funcionalidad el determinar la presencia de deterioro cognitivo en adultos mayores (Mayorga, 2018). Se evidencio que existe una correlación entre la soledad y deterioro cognitivo, en las cuales las dimensiones con un mayor grado de significancia en la soledad familiar y del deterioro cognitivo. Sin embargo, la mayor parte de la población que es un 85% presenta deterioro cognitivo con una notoria alteración en las funciones mentales (Mayorga, 2018). Es decir que, el nivel de soledad en el adulto mayor es un factor fundamental para el deterioro cognitivo y además genera nuevas alteraciones en la vida del adulto.

En una investigación realizada por Remache (2018), en Ibarra– Ecuador, con el objetivo de identificar el sentimiento de soledad y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor en el Asilo San Vicente de Paul en Atuntaqui- Antonio Ante en el periodo 2016- 2017. Se utilizó una población de 20 sujetos que son residentes en este centro de atención, sin embargo, la institución contaba con 33 adultos mayores los cuales los 13 restantes no se incluyeron en la investigación por factores como las condiciones de salud. Las herramientas utilizadas fueron la escala de IMSOL– AM o escala de soledad del adulto mayor, la escala de calidad de vida MGH y entrevistas estructurales. Durante la investigación se pudo evidenciar que todas las personas que participaron de ella presentaron resultados altos en la escala de soledad indico que un factor fundamental de vulnerabilidad emocional. En las el 90% presentaron un nivel de soledad moderado y el 10% un nivel de soledad alto, los adultos mayores que tienen un nivel de soledad alto presentan una cálida de vida buena es el 14% de la población estudiada (Remache, 2018). Por lo tanto, el nivel de soledad es un factor en la que el adulto mayor tiene sentimientos desagradables los cuales se catalogan como incomodidad en su calidad de vida.

En una investigación realizada por Cantuña (2015), en Quito – Ecuador, con el objetivo de analizar la influencia del sentimiento de soledad y el estado de salud de los pacientes adultos mayores que acuden a las diferentes áreas del Centro Médico Tierra Nueva, con una población de 165 adultos mayores residentes de la institución, en las cuales se aplicaron los reactivos ESTE, que mide el nivel de soledad y el cuestionario SF 36. Se encontró que de los adultos encuestados el 70% tiene un nivel de soledad familiar baja, un 34% de soledad conyugal baja, el 52% de soledad social media y el 60% presentó crisis de adaptación media, es decir que con relación a la salud mental un 59% presentó un estado de salud normal y un 41% un estado de salud bajo (Cantuña, 2015). Sin embargo, el peor estado de salud está compuesto por el componente mental y crisis de adaptación. Por lo tanto, el estado de salud tanto física y mental se relaciona con la soledad en el adulto mayor.

De acuerdo a las investigaciones mencionadas, los adultos mayores tienen dificultades en la calidad de vida y el nivel de soledad ya sean estos internos o ambulatorias. Con respecto a la calidad de vida existen factores que desarrollan inestabilidad en esta variable, como el deterioro cognitivo, deterioro en sus habilidades sociales, pérdida en relaciones interpersonales, también, presentan enfermedades crónicas. Con respecto al nivel de soledad, lo que más sobresale es la familia la cual es un factor fundamental en el desarrollo emocional de adulto mayor, debido a que presentan un nivel de comunicación bajo con los miembros de la misma. Por lo tanto, se considerará el análisis de cada una de las variables a estudiar con el fin de entender si entre estas existe una relación entre ellas, interferirían en el desarrollo del adulto mayor.

Durante las prácticas realizadas en el periodo 2019 en el centro de día de atención para la tercera edad Vida a los Años, se ha detectado un alto nivel de soledad y deficiente calidad de vida. Todo ello genera un grado de disminución en las actividades cotidianas, presenta sentimientos de soledad respecto a sus relaciones interpersonales. Por lo tanto, la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué diferencias existen en la calidad de vida y el nivel de soledad en adultos mayores internos y ambulatorios?

Se conjetura que los adultos mayores internos o ambulatorios presentan niveles de calidad de vida bajo, que se asocian con el nivel de soledad, debido a que al ingresar a un centro las actividades y habilidades que poseía son escasas. Es decir, que al paso de los años el adulto al generar un sentimiento de soledad lo vincula con una calidad de vida escasa. Para justificar esta postura, se necesita comparar entre calidad de vida y nivel de soledad en adultos mayores internos y ambulatorios del centro de gerontológico Vida a los Años y el Hogar de Ancianos

Sagrado corazón de Jesús. De comprobarse la hipótesis, los descubrimientos nos permitirán conocer las diferencias entre estos dos grupos, genero una contribución en el estado del arte y una futura planificación a ducho pacientes.

Para poder responder a esa pregunta de investigación, se proponen objetivos, el objetivo general es:

- Comparar entre la calidad de vida y el nivel de soledad en adultos mayores internos y ambulatorios.

Para alcanzar el objetivo general se plantean objetivos específicos:

- Fundamentar bibliográficamente la calidad de vida y nivel de soledad en adultos mayores.
- Evaluar la calidad de vida y nivel de soledad en adultos mayores.
- Realizar un análisis comparativo de la Calidad de vida y nivel de soledad entre adulto mayores internos y ambulatorios.
- Elaborar conclusiones y recomendaciones con relación a la calidad de vida y nivel de soledad

En cuanto a la metodología para cumplir los objetivos de la presente investigación, se aplica un estudio descriptivo y comparativo de variables, con un corte transversal. La población estimada es una muestra por conveniencia con criterios de inclusión de Adultos mayores, las cuales están divididas en dos grupos, 34 participantes internos en el “Hogar para ancianos Sangrado Corazón de Jesús” y 34 participantes ambulatorios en el “Centro Geriátrico Vida a los Años”. A la muestra se le aplicara el instrumento de calidad de vida WHOQOL– OLD y la escala ESTE- R que esta encarga de medir el nivel de soledad. En base a lo mencionado se generan conclusiones y recomendaciones, con el fin de aportar a la investigación y darle un valor teórico que persona abordar dichas variables y generar un tratamiento terapéutico y médico. La presente investigación es un estudio comparativo, nivel no experimental, de tipo cuantitativo con un alcance descriptivo y de corte transversal.

Por lo tanto, esta investigación servirá para conocer las diferencias entre la calidad de vida y el nivel de soledad en adultos mayores internos y ambulatorios, da apertura a la intervención psicológica y el desarrollo del plan terapéutico. A su vez tiene una importancia social, los adultos mayores son la población con un alto nivel de vulnerabilidad, es decir que es necesario

proporcionar un nivel de atención mayor, para con ello generar estrategias de afrontamientos frente a las diversas situaciones estresantes.

A continuación, se detalla el primer capítulo en el cual se desarrollará el marco teórico o estado del arte de la investigación en la cual se conceptualizarán los diferentes puntos de vista de varias autores ante la terminología de calidad de vida y nivel de soledad.

En el segundo capítulo se podrá evidenciar el modelo de investigación, los reactivos que se usarán, la confiabilidad y las escalas que se medirán.

En el tercer capítulo se presentarán los resultados de aplicación de los reactivos, los cuales se dividirán en las dimensiones que estos posean.

En el cuarto capítulo, se elaborarán las conclusiones y recomendaciones de los resultados obtenidos durante la aplicación de los reactivos a la población estimada

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Adulto Mayor**

Se define como adulto mayor a la persona que ha llegado a la edad de 60 años en adelante, en este periodo muchos de los adultos mayores cesan sus actividades relacionadas con su trabajo, se jubilan y se dedican de lleno a su hogar a descansar. Sin embargo, el terminar su vida laboral no significa que no pueda realizar actividades que desarrollen sus actitudes y aptitudes, que forma así a persona activa dentro de la sociedad (Cevallos, 2013).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, refiere que:

Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llama de forma indistinta personas de la tercera edad. (citado de Cevallos, 2013, p. 16)

Es decir, que el adulto mayor tiene tres periodos, los cuales son considerados en primer orden por la edad cronológica, los aspectos físicos, biológicos, psicológicos y sociales.

Cabe recalcar que el adulto mayor es un sujeto que posee derechos dictados en la constitución, con garantías, responsabilidades, ya sean en el ámbito social o familiar. Sin embargo, posee una realidad multifacética en la que no solo se evidencia en el paso de los años, sino también, los cambios en los aspectos fisiológicos, sociales y culturales (CEPAL, 2011). Es decir, que las diferencias en aspectos cronológicos se definen por el constructo social en las que se encuentra el adulto mayor, en la mayoría de países define al adulto mayor como aquella persona que posee 60 años en adelante, por otro lado, los cambios en los aspectos mencionados se diferencian en las capacidades funcionales, sociales y autónomas que el adulto mayor realiza y los cambios que presenta en día a día.

Por otro lado, según la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida (2018), considera que es:

una etapa de pérdidas, pero también, como una fase de plenitud, lo cual está supeditado a la existencia de condiciones sociales adecuadas tanto a nivel individual como generacionales lo cual se traduce a la correlación de la edad con otras condiciones de acceso y disfrute de los derechos. (p. 6)

Por lo tanto, el adulto mayor se relaciona con varias características en las cuales se define como un individuo, que a lo largo de sus años atraviesa varias etapas, por lo que posee herramientas de afrontamiento en el ámbito individual y social.

## **1.2.Envejecimiento**

El termino envejecimiento viene del latín “actas” que tiene como significado la condición de llegar a la vejez, en el cual refiere como un proceso normal de cambios, que están vinculados con el paso del tiempo, que inicia al nacer, continua a lo largo de las etapas de desarrollo y culminado en la muerte (Rodríguez & Verdugo, 2018).

Por otro lado, el envejecimiento, es considerado el conjunto de modificaciones ya sea biológica, fisiológica y psicológica, que están presentes por el deterioro al paso de los años, es decir, que el cambio gradual de todas nuestras funciones genera riesgos o disminución en ciertas actividades del diario vivir. Como manifiesta Alvarado y Salazar (2014), “el envejecimiento se define como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte” (pp. 58-59). Es decir, que estos cambios que se generan van de la mano al desarrollo biológico del ser humano, con el fin de llegar a la muerte.

El envejecimiento es una etapa de transición, tiene una denominación cronológica que refiere al cómo se vive y la contribución del adulto mayor durante este proceso; biológica diferencial debido a los cambios ocurren en tiempos distintos tanto en el ámbito orgánico y las funciones mentales; multiforme psíquica, por el desarrollo cognoscitivo, por el deterioro en las capacidad psicoactivas, modifica la personalidad y el afecto; social por los papeles que ha desempeñado en la sociedad, la evolución a lo largo de sus etapas de desarrollo; fenomenológica con relación a la percepción subjetiva de la propia edad y funcional en las que interacciona los elementos biológicos, psicológicos y sociales (Gutiérrez, 1999).

La palabra envejecimiento habitualmente se relaciona con los cambios físicos que tiene una persona, eso se ve como desagradable, ya sea en el ámbito social, también, se manifiesta en la plasticidad de sus músculos en la cual se pierde la fuerza, la coordinación. Sin embargo, es importante mencionar que cada cambio es diferente en los individuos y que se relaciona con el entorno en que se encuentran como refiere Mishara y Riedel (2000) estos aspectos son:

- Todos los individuos no envejecen al mismo ritmo de la misma manera

- Muchas personas de edad tienen mejor salud que otras más jóvenes
- No son nefastos todos los cambios de la edad madura y de la vejez; los resfriados, alergias y dolores crónicos de cabeza, por ejemplo, tienden a disminuir o a desaparecer a medida que se envejece
- En cualquier edad, la enfermedad procede de un entorno y de condiciones sociales independientes de la voluntad del sujeto.

Es importante recordar que este proceso se diferencia en cada uno de los individuos, es decir que, existen derivaciones del deterioro en las funciones ya sean físicas o psicológicas, que es el resultado del estilo de vida que llevo en el transcurso de cada uno de sus ciclos.

Los factores medioambientales del envejecimiento influyen en el proceso de deterior de las funciones. Como refiere Rico, Rico y Vega (2017), “la nutrición, el estrés, la actividad física y la contaminación atmosférica, así como el consumo de alcohol y tabaco, modifican la expresión génica” (p. 291). Es decir, el ambiente en el cual se encuentra, está asociado a cambios físicos, mentales y psicosociales que tiene consecuencias negativas en la funcionalidad del adulto mayor, el diagnóstico médico o psicológico nos ayuda a poder diferenciar cada una de las funciones deterioradas del mismo, con el fin de reconocer si este presenta enfermedades atípicas que no estén de acuerdo con su edad.

### **1.2.1. Envejecimiento activo**

A lo largo de los años la esperanza de vida en los adultos mayores se ha incrementado, debido a que es el resultado del desarrollo de nuevas estrategias en el diario vivir, las cuales son el implemento de actividades que favorecen la calidad de vida y disminuyen las enfermedades ya sean cognitiva, físicas, psicológicas y sociales (Herrera & Mora, 2016). Algunos factores de riesgo que perjudica se deducen a que son por el estilo de vida que el adulto mayor lleva a lo largo de sus años, o el consumo de sustancias como tabaco alcohol, también, sedentarismo, la nutrición incorrecta o la escasa accesibilidad de los medios de salud como hospitales, centros de salud o medios de ayuda para el adulto mayor (Herrera & Mora, 2016).

El envejecimiento se relaciona a las oportunidades que tiene el adulto mayor de gozar con una salud, participación y desarrollo social saludable. Como manifiesta la Organización Mundial de la Salud (2002), “es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p. 79). Es decir, que se vincula con las actividades que se realiza durante el transcurso del ciclo de

la vida y las estrategias fundamentales para una salud altamente óptima. Permite que las personas demuestren su nivel de competencia en el desarrollo de motivaciones a una mejor salud física, emocional, social, psicológica.

El término de activo hace alusión a cómo el individuo se vincula con la sociedad y las actividades que está realiza para con ella, esto es parte de las relaciones sociales, económicas y culturales. Las actividades que realiza con las personas que le rodean ya sean familiares, compañeros de cuarto con los que se encuentran dentro de un centro geriátrico o asilo y amigos. Como manifiesta la Organización Mundial de la Salud (2002) “hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra” (p. 79). Es decir, que el ambiente social es importante para una salud optima, debido a que, la participación del adulto en varias actividades genera un grado de productividad, debido a que al retirarse de su trabajo o ingresan a centro geriátricos su nivel de satisfacción con las actividades es bajo, por lo tanto, “sentirse” útiles hacia su persona y quienes los rodean.

La actividad, autonomía e independencia en el adulto mayor es de gran importancia, por lo que es esencial que cada actividad que realice sea de aporte tanto a su bienestar físico, emocional y social, para que con ello este en contacto con la sociedad y con los que le rodean (Suárez & Pescetto, 2005). Una gran parte de adultos mayores que cesan actividades con las que se enconaban a justo ya sea su trabajo por motivos de jubilación o el ingresar a un centro de atención especializada genera una disminución en su calidad de vida y con ello el envejecimiento actúa de manera rápida. Es decir que es importe que cada individuo ya sea parte de la población de adultos mayores o enfermos se manejan en constate movimiento para con ello generar un nivel de salud óptimo (Suárez & Pescetto, 2005).

El envejecer de manera saludable activa requiere de tres pilares fundamentales según la Organización Mundial de la Salud son: seguridad, salud y participación.

La participación se relaciona con los vínculos emocionales que el adulto mayor establece, crenado así una pertenecía social, generado participación en actividades que sean de propias en la condición y en el ambiente que se encuentran, tanto con relación al ocio como en actividades que vinculen a la comunidad. Como refiere Gallardo, Conde y Córdova (2016), “la participación social se entiende como la integración del individuo en las diversas instituciones,

asociaciones y redes informales de la comunidad” (p. 105). Por lo tanto, es importante para cada individuo mantenerse en actividad física, social emocional.

Seguridad que se relaciona con la protección adecuada frente a varios escenarios en cuales genere peligro hacia el individuo o el adulto mayor, en este se encuentran las prestaciones económicas como la jubilación y sanitarias relacionadas con la atención médica. La mayoría de los sistemas de seguridad dentro de nuestro país y fuera se definen como un mecanismo de reparto, cuyo financiamiento proviene de las contribuciones que realizan los empleados durante sus días laborables (Suárez & Pescetto, 2005). Con relación al fundamento de salud se define como la prevención y promoción de estrategias que disminuyan el envejecimiento de las funciones físicas, cognitivas y emocionales del individuo. Cabe mencionar que los avances médicos y farmacéuticos ayudan a que este proceso de envejecimiento sea menor.

### **1.2.2. Envejecimiento saludable**

Con el continuo crecimiento de la población adulta mayor se busca independencia y generar estrategias en las que funciones cognitivas no se deterioren con el paso de los años. La Organización Mundial de la Salud y más otros autores definen tres términos de abordaje los cuales son:

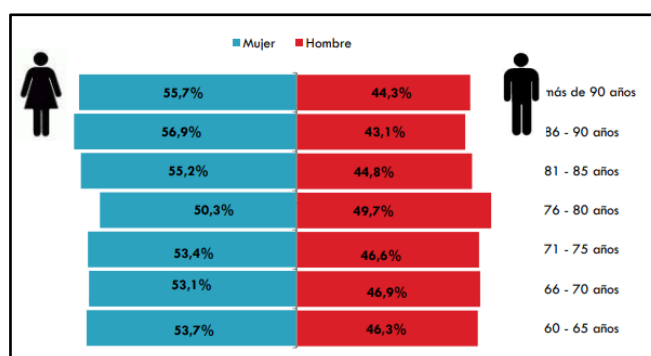
- La capacidad funcional en adultos mayores está relacionada con la condición de un individuo en el que desarrolla actividades cotidianas normales sin fatiga y de forma segura e independiente con las cuales permite que este realice actividades importantes para él, en las cuales se encuentra el satisfacer necesidades básicas, desarrollarse, crecer, tomar decisiones, establecer relaciones y ser parte de la comunidad a la pertenece.
- La capacidad intrínseca es "el compendio de todas las capacidades físicas y mentales de las que un individuo pueda hacer uso.
- El entorno que en esta se define como el hogar, la sociedad que le rodea, la familia, las relaciones personales e interpersonales.

Es decir, que el envejecimiento saludable se caracteriza por el compromiso de las personas adulta para con su salud, con el fin de conocer cada una de las necesidades que poseen y poder satisfacer las mismas, debido a que con ello se establece a largo plazo nuevas medidas de cuidado en su calidad de vida. Por lo tanto, cada una de los términos principales es de gran importancia para un deterioro menor a largo plazo, por lo que se mantiene una estabilidad en todas las áreas, ya sean físicas, emocionales, conductuales o psíquicas.

### 1.2.3. Envejecimiento poblacional

Como manifiesta la Organización Mundial de la Salud (2008), el envejecimiento poblacional es el aumento de la proporción de personas en los grupos que se relacionan con las edades entre 60 a 65 años aproximadamente. Es decir que el aumento de longevidad en adultos mayores ha aumentado, esto demuestra que al paso de los años la esperanza de vida se incrementa, esto se deduce a que las condiciones de vida de esta población se centran en un estado óptimo. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en estudios realizados en 2009 refiere que la esperanza de vida en Ecuador en mujeres es de 78 años y en hombres 72 años aproximadamente

En la encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador la población y distribución de adultos mayores se evidencia en la siguiente figura:



**Figura 1.** Distribución poblacional de adultos mayores (SABE). En “Salud Bienestar y Envejecimiento”, por Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2009.

En Ecuador y la mayor parte de la población alrededor del mundo el envejecimiento es un fenómeno complejo, es decir que tiene varias características que influyen en su estado, las cuales benefician o perjudican su desarrollo, en Ecuador, el sistema de salud y las campañas con relación al adulto mayor se han incrementado notablemente con el paso de los años, por lo que la calidad de vida es un tema importante, por lo tanto, la tasa de mortalidad aumenta al paso de los años. Como muestran las estadísticas, tanto los hombres como mujeres, son longevas.

Además, la esperanza de vida ha incrementado debido a que la mortalidad de los adultos mayores se ha reducido y tiene un aumento importante en la longevidad. Para 2010-2015 la CEPAL ha estimado que la esperanza de vida al nacer en el Ecuador llega a los 75.6 años de edad los cuales está distribuido para los hombres entre 72.7 años y para las mujeres 78.7. (CEPAL, 2012).

### 1.3. Calidad de vida

A lo largo de los últimos años, existen varios trabajos que tratan de definir en un concepto complejo que es la calidad de vida, cabe mencionar que es un tema de suma importancia de estudio y análisis, porque garantiza el bienestar de un sujeto.

En estudios de Moreno & Ximenéz (1996) manifiestan que el término calidad de vida es reciente, que se encontraba por los años ochenta, debido a que su origen destaca de la medicina, dirigiéndose después a la sociología y a la psicología, relacionado este término con bienestar y felicidad (citado en Jimenez, Tellez y Esguerra, 2011). La calidad está asociada a un criterio de “estar bien” en el ámbito físico, emocional, social, familiar, económico. Cada individuo tiene una percepción distinta de este concepto. Como refiere Ardila (2003), “calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos” (p. 163). Es decir, que una persona que explota al cien por ciento sus capacidades y es capaz de cumplir cada una de las metas que se establece tiene satisfacción. Sin embargo, cabe mencionar que esto no solo se mide por las actividades que un individuo hace bien, se genera por el equilibrio entre las potencialidades, el estado emocional, el estado físico y psíquico.

Existen aspectos subjetivos y objetivos de la calidad de vida los cuales es importante mencionar, para el estudio calidad de vida (Ardila, 2003).

- Bienestar emocional
- Riqueza material y bienestar material
- Salud
- Trabajo y otras formas de actividad productiva
- Relaciones familiares y sociales
- Seguridad
- Integración con la comunidad

Es decir, que hay componentes que intervienen en su concepto, por lo tanto, se percibe de manera distinta en cada individuo.

Los aspectos subjetivos de la calidad de vida mencionados por Ardilla (2003) son:

- Intimidad

- Expresión emocional
- Seguridad percibida
- Productividad personal
- Salud percibida

Por lo tanto, para poder definir y saber que es calidad de vida, corresponde a sentirse seguro en el ámbito que nos encontramos, ser capaces de expresar el cómo nos sentimos, tener una salud viable, generar productividad ya sea personal o laboral y poder compartir intimidad con las personas de nuestro medio.

En relación a los aspectos objetivos mencionados por Ardilla (2003) son:

- Bienestar material
- Relaciones armónicas con el ambiente
- Relaciones armónicas con la comunidad
- Salud objetivamente considerada

Es decir, que si tengo lo que quiero ya sea materia o subjetivo mis relaciones serán armónicas, por lo que podemos sentirnos bien físicamente pero no emocional, genera así una calidad de vida inestable, por lo que, es importante que tanto subjetivo como objetivo tengan un balance en la persona.

El estudio de la calidad de vida ayudara a entender y conocer el impacto que las enfermedades causan a lo largo del periodo de vida, este es un factor desencadenante de más patologías. Como manifiesta Rubio, Rivera, y Borges (2015), “el concepto de calidad de vida es utilizado fundamentalmente en el concepto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud” (p. 4). Por lo tanto, se considera la salud en generar del adulto mayor para con ello ofrecer y establecer un significado de calidad de vida, sin embargo, los factores que contribuyen son el desarrollo social, económico, emocional, psicológica, tiene como resultado fundamentos esenciales que serán estudiados en conjunto para alcanzar un concepto claro de calidad de vida.

### **1.3.1. Criterios de calidad de vida**

Para poder comprender la problemática de la calidad de vida es esencial entender cada una de las ventajas y peligros que esta posee que se evidencian en el bienestar físico, social, económico,

psicológico, cultural de un paciente, cada uno de estos criterios es importante para una evaluación clara y para con ello generar un diagnóstico y establecer un plan terapéutico.

En el caso de pacientes que tiene enfermedades graves o crónicas, surge una interrogante importante que conlleva las medidas que se tomarán con relación a los cuidados que tendrá el adulto mayor, estas medidas son “razonables” que sirven para mantenerlo con vida y tomar todas las posibilidades de mejorar su estado actual, o “no razonables” que sirven únicamente para mantener las funciones metabólicas. Estas decisiones son tomadas únicamente por los familiares de este adulto mayor. Existen varios planteamientos como el ingreso del adulto mayor a hogar de ancianos o centro geriátricos los cuales tiene todas las áreas con las que se trata las enfermedades del mismo (Herrera & Mora, 2016).

El criterio de Calidad de Vida en el área médica nos permite reconocer el estado biológico del paciente para diferenciar aquellos que se encuentran en un estado vegetativo, enfermedades graves, malformaciones físicas y deterioro muscular. En el ámbito psicológico nos ayuda a diferenciar las alteraciones en las áreas cognitivas que elimina la productividad del adulto mayor, lo que genera patologías que serán atendidas, debido a que son un grupo vulnerable dentro de la sociedad.

El criterio de Calidad de Vida es un término global y no exclusivo, pero el uso de este es de gran riesgo, que consiste en que los algunos países pretender sostener exclusividad sobre este. Es un concepto que se relaciona con el poder económico y social a nivel mundial, debido a que aquellos países en vía de desarrollo tienen prioridades más importantes, que la salud. Se considerarán aquellos países con menos posibilidades con aquellos que tiene una economía deficiente y que el desarrollo del área de salud se reduce por lo que la población se deteriora con mayor frecuencia y genera un crecimiento demográfico en pacientes con mayor cantidad de enfermedades (Herrera & Mora, 2016).

La baja calidad de vida afecta el nivel socioeconómico de un país y de un individuo, debido a que, si su productividad se disminuye, los ingresos se perderán y entrara dentro de grupo vulnerable.

### **1.3.2. Componentes de la Calidad de Vida**

Como seres humanos sociales la calidad de vida depende de los cambios que el adulto mayor presenta a lo largo de su vida, estos generan otras patologías o mecanismo de defensa con los

cuales se encuentra a gusto, algunas de las situaciones a las que se enfrentarán son aquellas que están presentes desde el día de su nacimiento, la idea de llegar al fin de sus días o el término de su productividad genera otras patologías como desencadenante de esta pérdida. A continuación, se evidencia la idea de muerte y los aspectos que contiene la misma.

#### **a) Muerte**

La idea de la muerte en todos los individuos, es abrupta y es rechazada por la mayoría, dejándola de lado sin tomar ese tema en contexto, si algún momento llega a la vida del adulto mayor es por la experiencia de otros, se tiene un concepto sobre ella mediante las tradiciones, enseñanzas, los símbolos que representa, es una vivencia a la cual no tiene preparación y son impredecible o predecible depende de la vivencia y la lección que deja. Aunque morir es un tema que todo ser humano ha aceptado a lo largo de sus años de vida, es un término que afecta el estado de ánimo y psicológico, la muerte es una dimensión social, debido que cada reacción, comportamiento y actitudes frente a ella es única ajena a los demás, es el resultado del vínculo de cada individuo (Malishv, 2003).

#### **Aspectos de la Muerte**

Para poder entender el pensamiento del adulto mayor ante la muerte se considera como aspectos en relación a las experiencias anteriores, su historia de vida, las pérdidas en su círculo, ya sean familiares, cónyuge o amistades, debido a que en determinado momento los miembros de su entorno social experimentan los mismos sentimientos. Para los adultos mayores la muerte es una realidad cercana, pues en alguno de los casos más frecuentes esta experiencia ya la han vivido, lo que da lugar a que la asimilación de este término sea concreto y esperado. Se definen algunos aspectos que se evidencia a continuación:

#### **Físico**

Se define como el fin de los procesos biológico en los que se centra la muerte física o biológica, se relaciona con la experiencia de vida a lo largo de su historia, debido a que la muerte es una experiencia intransferible, que lleva la mayor parte la cultura (Hernández, 2006).

#### **Social**

El hecho social es considerado una de las características principales porque es externo al individuo y hace referencia a los modos de comportamiento, como actúa, piensa o siente con relación a este tema. (Hernández, s.f).

## **Psíquico**

Se refiere a la percepción de la muerte y de la cercanía que tenga con ella el adulto mayor, las emociones toman un papel importante, los sentimientos de pérdida, el duelo, el luto a su propia muerte y las personas que le rodea. Esto se relaciona a que el adulto conoce de su existencia y la dependencia hacia otros (Herrera & Mora, 2016).

### **1.3.3. Salud y enfermedad**

Para poder comprender el significado de calidad de vida se importante diferenciar y conocer los términos de salud y enfermedad.

Lo que se entiende como salud depende de las relaciones que tenga con los factores o fundamentos de la misma como: el ámbito social, económico, biológica, emocional. Es decir, que la salud es un conjunto de procesos en el cual el ser humano se desarrolla. Es por ello que la salud es un fenómeno que solo se explica mediante una relación de todas las estructuras de alto grado de complejidad como son los hechos humanos en donde cada variable que esta se relaciona con el ser humano es importante (Alcántara, 2008). Por lo tanto, para poder comprender de mejor forma el significado de salud se relaciona a fenómenos tanto susceptibles como particulares que nos demuestra que hay variables que desempeñan un factor principal en el desarrollo de la salud de un individuo. La salud es percibida también, como un constructo mental en el cual nos adentramos a la sociedad y personas que nos rodean, se define si me considero una persona “sana” o “enferma”.

Existen dificultades en la conceptualización del término de salud debido a que los términos varían de las respuestas y fundamentos que interviene en ella. Para Gavidia (2012) la palabra salud tiene tres características principales las cuales son, “a) Ser usada en muy diferentes contextos; b) Se parte de presupuestos básicos distintos; c) Resume aspiraciones e ideales en torno al estado de vida que se desea alcanzar” (p. 162). Es decir, la diferencia en contextos de uso está relacionada con el entorno médico, con relaciona a las actividades de los profesionales de salud para mejorar la asistencia hacia los usuarios y poder con ello tratar las enfermedades de asistencia inmediata (Gavidia, 2012).

El paradigma de acción es la atención individualizada a enfermos que padecen patologías reconocibles con el fin de diagnosticar y tratar de manera inmediata a los pacientes que requiere. En relación a los pacientes se define como aquellos que necesitan la atención médica, que se

consideran enfermos y no cumple con el cien por ciento de sus funciones mentales, físicas o psicológicas. Con relación a lo sociológico se configura como el ser humano se desempeña con eficiencia en las funciones sociales, con relación a cumplir expectativas y satisfacer necesidades sociales. En relación fisiológica se relaciona en como el ser humano concibe el termino de salud que es con un estilo de vida autónomo y responsable a los valores específicos (Gavidia, 2012).

Los propuestos básicos parten de percibir la salud como un estado que define de manera universal con independencia de los juicios de valor que se desarrollan de manera histórica y cultural. Las visiones de salud como neutralistas son aquellas que afirman que la salud es una cuestión empírica, por otro lado, la relación normativa se define como un marco de la cultura ella es la que define lo saludable o enfermo (Gavidia, 2012).

Las aspiraciones e ideales en entorno al estado de vida que se desea alcanzar, se refiere a lo que se entiende como salud derivado de lo varios puntos de vista en las cuales son los aspectos deseables que se den incluir en el concepto de la misma, porque refiere ser importante al dar un concepto general y específico de la misma, por lo que, tenemos que se relaciona con el ámbito corporal que da como resultado la medicina desde el ámbito histórico y se centra en el cuerpo; la que incluye los factores psíquicos manifestado el bienestar en la conducta, comportamiento y la psiquis del sujeto; el desarrollo social, con las capacidades de cumplir un papel en la sociedad y las ideas utópicas que integran a las emociones, deseos y el contexto espiritual (Gavidia, 2012).

El término enfermedad es considerado como la pérdida o debilidad de unos de los factores que comprende el ser humano en su totalidad. La evolución de este es un proceso complejo en el cual por medio de las adaptaciones a varios aspectos que tienen como objetivo la supervivencia en el medio que se encuentra, dado esto ,también, se presentan elementos que interfieren en el desarrollo correcto de su evolución, en estas se encuentran las enfermedades, que son físicas, emocionales, orgánicas, sociales, culturales, es decir, que las enfermedades se caracterizan por estilo de vida y hábitos que poseen los individuos a lo largo de su evolución.

#### **1.3.4. Función cognitiva**

El funcionamiento cognitivo tiene un declive mediante el envejecimiento del individuo, sin embargo, cabe mencionar que esta tasa de declive es menor diferida de la calidad de vida que el adulto mayor tenga al paso de los años. En el adulto mayor presenta cierto deterioro en estas funciones, las cuales son resultado de enfermedades, discapacidad o malos hábitos. Como

refiere Benavides (2017) “el deterioro cognitivo definido como la pérdida de funciones cognitivas, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual” (p. 108). Es decir, que el mantener la cognición de un adulto mayor depende del ambiente social en el que se desarrolla, el apoyo emocional que presenta, el control de enfermedades que este posee.

El deterioro cognitivo es diverso en su manifestación, debido a que muestran en varias áreas cerebrales y es diferente en cada adulto mayor y así demuestra su homogeneidad. En la actualidad el deterioro cognitivo tiene un concepto delimitado y se relaciona con la disminución en el rendimiento de las capacidades mentales como: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio, capacidad de cálculo, habilidades constructivas, capacidad de aprendizaje y habilidades viso espaciales. Definiéndose como la pérdida parcial o total de alguna de estas capacidades antes mencionadas, lo que se demuestra mediante pruebas, análisis y exámenes, ya sean médicos y psicológicos (Pérez, 2005).

Los trastornos relacionados con el envejecimiento abarcan una reducción en actividades ocupacionales, sociales, domesticas, o actividades complejas en las que se diferencia en dos conceptos como: Práctica y Utilidad.

En el primer caso se diferencia a aquellos pacientes cuyos malestares son la pérdida de memoria en varias ocasiones, el no poder recordar eventos de manera frecuente, sin que se sumen afectaciones en las áreas cognitivas. Esto se diferencia en el adulto mayor al recordar el nombre de una persona, lista de actividades que realizó en tiempo reciente, esto se presenta dependido de los cambios de humor y estas no interfiere en las actividades de la vida diaria y se consta la normalidad en los test cognitivos breves (Pérez, 2005).

En el segundo caso existe un trastorno notable y pronunciado en la memoria, está afectada una o más áreas cognitivas, sin embargo, estas afectaciones no causan daño en el funcionamiento y área social, por lo que la naturaleza de los daños no genera un diagnóstico de demencia. En las pruebas o test que se relacione su puntuación estará dentro de la norma, demostrado así un deterioro cognitivo asociado a la edad (Pérez, 2005).

Es importante mencionar que el deterioro cognitivo es notable en la alteración de las actividades significativas funcionales del paciente, que interfieren en su diario vivir y productividad, se relaciona con un síndrome de demencia o deterioro cognitivo orgánico. Para poder llegar a este diagnóstico es importante la valoración clínica establecida con los criterios a tomarse en cuenta.

### 1.3.5. Participación o Integración Social

La integración social es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales de las cuales es parte, ya sea de un grupo o comunidad y los roles sociales en la vida, como la familia, amigos, pareja, y el desempeño en el ámbito laboral (Bravo, 2000).

El envejecer implica un deterioro biológico, sin embargo, las condiciones en las que se encuentra el adulto mayor es un factor importante como: las condiciones sociales o la carencia de servicios, esto resta oportunidades de que se mantenga activo y autovalente por estar “viejo”. Así demuestra que la idea de que ciertas actividades son específicas para adultos mayores y otras no, categoriza su nivel de actividad, les hace sentir inútil y son el reconocimiento social que espera. La falta de tareas en su vida o en el círculo en el que se rodea crea pensamientos de resignación hacia su estado actual (Zavana, Vidal, Castro, Quiroga & Klassen, 2006).

Desde el ámbito de integración las personas mayor en nuestro país constan con diversas forma de participación, la cuales se han desarrollado a lo largo de los años, se encuentran entre ellos las organizaciones o asociaciones de adultos mayores, por parte del Ministerio de Salud dentro de los Centro de salud de cada cantón constan con el grupo de adultos mayores, que tiene varias actividades con el fin de que las personas mayores reciban atención ya sea médica, nutricional, psicológica, con el fin de empoderamiento social.

La integración social en el sentido de la cohesión de la sociedad es un tema que está establecido en las ciencias sociales y tiene como concepto para relacionar los vínculos de las personas con diferentes sistemas de la sociedad. Dentro de la participación social se describen cuatro dimensiones las cuales explica la inclusión o exclusión del adulto mayor, esto se planteó en 2014 por Abuselme y otros

- **Inclusión/ exclusión primaria:** Se refiere a las modalidades y grados de acceso de los adultos mayores a prestaciones de sistemas sociales (IESS) de las cuales dependen, parcial o totalmente, para su desarrollo psicosocial. Su disponibilidad constituye el capital socio-estructural de los adultos mayores y sus déficits tienen relación con las instituciones políticas
- **Inclusión/exclusión secundaria:** Considerada la presencia de adulto mayores en redes sociales donde recibe apoyo psico afectivo, las cuales interviene la familia, amigos, participación en organizaciones comunitarios o sociedades que ayuden a la cooperativita y solidaridad.

- **Inclusión/exclusión simbólica:** Se relaciona con las creencias y conocimientos del envejecimiento, la representación de los adultos, aquellos estereotipos que moldean a la sociedad con relación a lo que son los adultos mayores, genera así restricciones y menos posibilidades para con ellos.
- **Inclusión/exclusión auto referida:** Las estrategias con las cuales consta el adulto mayor para enfrentar el proceso de envejecimiento. (pp, 30-31)

### **1.3.6. Dependencia**

La dependencia se define como la pérdida de la autonomía de un individuo y relega el cuidado propio, estas personas son aquellas que se encuentran en instituciones especializadas como asilos o centro geriátricos para el adulto mayor u otros entes (Gutiérrez, García & Jiménez, 2014).

Aunque la dependencia está presente a lo largo del ciclo de vida, hay situaciones que hacen más proclives a los adultos mayores, debido que al paso de los años hay funciones que se deterioran y acelera la llegada a la última etapa la muerte. En esta etapa de la vida los adultos también, se enfrentan a la multimorbilidad, que es la fragilidad, discapacidad, que son temporales o permanente, la pérdida de funciones físicas y psicológicas, todas ellas vinculadas, en mayor o menor medida, para con la dependencia de un paciente (Gutiérrez, García & Jiménez, 2014).

Con el paso de los años se ha generado una idea lineal entre envejecimiento y dependencia, y a la representación de la vejez como una discapacidad. Esto ha llevado a la construcción de un significado como “vejez dependiente” que se difiere con una imagen negativa y que posee déficit en esta etapa de la vida, se refiere que se necesita ayuda en este estado y asimila como una pérdida de autonomía. Sin embargo, cabe mencionar que algunos adultos mayores a llega a esta etapa necesitan cuidados especializados, lleva con ello al uso de instituciones (Cerri, 2015).

La dependencia se concibe desde varios ámbitos, según la condición que abarca, se encuentra desde el nivel emocional y afectivo, hasta económico y físico. La presencia de dependencia de un aspecto genera, a su vez, en otras áreas dependencia, debido a que, son de manera temporal o permanente la situación en la que se encuentre el adulto mayor (Gutiérrez & Kershenovich, 2012).

Este concepto se emplea de forma indistinta para poder diferenciar una discapacidad, fragilidad o reducción de potencialidad para llevar un desenvolvimiento adecuado en las áreas de la vida diaria, en las cuales se encuentra, el vestirse, alimentarse, bañarse, caminar, entre otras, así demuestra indicadores e índices de dependencia de los adultos mayores (Gutiérrez, García & Jiménez, 2014).

El Consejo de Europa define a la dependencia como la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana. Se reconocen características definitorias de dependencia.

- La limitación física, psíquica o intelectual que disminuyen determinadas capacidades personales.
- La incapacidad para realizar una o varias de las actividades diarias.
- La necesidad de cuidados y asiste por parte de terceros.

La dependencia en grupo de adultos mayores, se ha incrementado al paso de los años, y se agrava con ello el aumento poblacional y el sobre envejecimiento (Lorenzo, Maseda & Millán, 2008).

#### **1.3.6.1. Tipos de Dependencia**

Una persona para poder categorizarla como dependiente, solicitara o demandara el apoyo y atención dentro de la familia, la comunidad o instituciones especializadas que son de ayuda con su situación.

- Dependencia Económica: Esta ocurre al momento que el adulto mayor percibe una paga en este caso la jubilación, o de su familia que se encarga de sus gastos y atención.
- Dependencia Física: Se manifiesta en el funcionamiento biológico de las personas, es limitado, necesita atención y ayuda en la realización de tareas diarias, como el caminar, comprar, entre otras.
- Dependencia Mental Paralela: Se relaciona al deterioro cognitivo con un porcentaje significativo, las cuales se diferencian en la memoria, orientación, comprensión y juicio.
- Dependencia Social: Se relaciona con la perdida de seres importantes en la vida el adulto mayor, ya sean amigos, familiares, o pareja.

Muchos Adultos Mayores no están de acuerdo con la dependencia, refieren que desean mantener el control de todas las actividades que realizaban antes, cabe mencionar que el estado físico, emocional y mental, es importante para poder diferenciar de su independencia.

Algunas culturas no ponen tanto énfasis en la independencia del adulto mayor, además que es un factor importante para que la calidad de vida del mismo tenga una significancia importante, debido a que, al tener un funcionamiento de todas sus áreas, realizar actividades que generan productividad en su vida, sin necesidad de depender de otros, ya sean familiares o instituciones. Sin embargo, aquellos que no poseen del todo independencia, tienden a generar más trastornos, es decir que a menos productividad del adulto mayor más déficit en su calidad de vida.

#### **1.4. Nivel de soledad**

El término de soledad está asociado a un significado negativo, el cual está representado por la situación en la que una persona se encuentra, en la que esta se encuentre sola por momentos o permanente, con diferenciación en el aislamiento de la mismas, abandono y separación. Esta concepción está entendida como el estado de tristeza, pérdida o sufrimiento, en la cual el disfrute de la satisfacción es nulo, genera así una carencia afectiva notable en su diario vivir, esto se representa en la falta de productividad en sus actividades diarias o en la expresión de emociones negativas (Díez & Morenos, 2015).

El adulto mayor durante su ciclo vital está relacionado con varios cambios los cuales le dificultan su comprensión en algunos casos y en otros a los cuales se adaptara de manera obligatoria. La soledad es una de las circunstancias a las cuales se enfrentara. Además, se diferencia el estar solo y el sentirse solo, el primero se relaciona con el aislamiento social, la falta de comunicación por medio de las redes sociales; por otro lado el sentirse solo, son sentimientos fuertes que genera nostalgia, tristeza añoranza a un compañero o círculo social (Cardona, Villamil, Henao, & Quintero, 2009).

##### **1.4.1. Factores causantes de la soledad**

La soledad en los adultos mayores tiene factores o características. Según Laforest (1991) son tres crisis asociadas:

- Crisis de Identidad: Se relaciona con la pérdida que el adulto mayor presenta, sus herramientas de afrontamiento y esto como perjudica su autoestima.

- Crisis de Autonomía: Se relaciona con la pérdida del funcionamiento del organismo o la pérdida de realizar las actividades de la vida diaria.
- Crisis de Pertenecía: Es la pérdida de los roles dentro de la sociedad o a los grupo que pertenece, en las cuales son su profesión, las capacidades físicas o la identidad frente la sociedad.

En la vida adulta se viven experiencias que son importantes para establecer estrategias de afrontamiento, sin herramientas el adulto mayor queda vulnerable y presentar graves consecuencias emocionales, físicas y psicológicas.

Rodríguez (2009), relaciona algunos factores que interviene y que se presentan en el adulto mayor los cuales son:

- Síndrome de Nido Vacío

Llega un momento, en que los adulto mayores experimentan la emancipación o abandono de los hijos, cabe mencionar que tarde o temprano, de cualquier forma esta situación se va a dar, donde los hijos dejan el hogar paternos y dejan esa parte del hogar vacío. Sin embargo, se recuerda que a ningún momento se pierde a los hijos, si no, que se trata del desarrollo de las personas, al irse los hijos de casa, la pareja o el adulto mayor solo, vuelve al punto cero, en donde tiene tiempo para hablar, amarse y disfrutar del tiempo en que se encuentran los dos (De Miguel, 2015).

- La Muerte de la Pareja

Hay que tener en cuenta que el trabajo y la familia es uno de los factores más importantes en el adulto mayor, la viudedad, es un riesgo que deriva situaciones de aislamiento social, la soledad conyugar significa la pérdida del núcleo social con el que constaba el adulto mayor (Iglesias, 2001).

- Pobres Relaciones Familiares

Una de los motivos que más causa frustración en el adulto mayor, es el poco interés e importancia que le dan los miembros de su familia, la relación con los hijo se evidencia escasa y con poca comunicación.

- Salida del Mercado Laboral

Uno de los sucesos importantes en la productividad que presentan, es decir, que después de cumplir su tiempo de labor, después llega la jubilación, en la cual consta de tiempo libre, por lo que muchas veces no saben qué hacer con él.

- La Falta de Actividades Placenteras

La realización de actividades, grupales o sociales, son la respuesta al vacío que presentan en su tiempo libre, por lo que al estar en contacto con grupo o personas facilita la interacción y participación social.

#### **1.4.2. Perspectivas conceptuales**

Entre las perceptivas conceptuales que han estudiado la soledad las más importantes que destacan con la filosófica, la social antropológica y psicológica.

La perspectiva filosófica se relaciona con la búsqueda de la autoconciencia, en la cual se caracteriza por la ausencia, carencia de apoyo satisfactorio, relacionado con la percepción positiva o negativa de las situaciones a las que se enfrenta. Es decir, estas emociones define la interacción que el ser humano tiene con los demás, la soledad afecta directamente la conducta humana, es por eso que algunos modelos relaciona a la soledad, con la parte subjetiva de la construcción del “yo” de cada individuo y la perspectiva que tiene el sujeto de sí mismo frente a los demás (Díez & Morenos, 2015). La relación con el perceptiva social antropológica, se refiere a los estudios culturales en donde se manifiesta la soledad, como en varas actividades artísticas, como la pintura, la literatura, la poesía y la música. Finalmente, la perspectiva psicológica, se relación con las emociones de este frente a cada una de las variantes en su estado, ya sean mentales, físicas o sociales, debido a que el individuo crea relaciones personas e interpersonales con las cuales de identifica y se fundamenta dentro de una sociedad.

En relación a la psicología existen varias definiciones de soledad, la más antigua entre ellas es la definida por Sullivan quien describió la soledad como una experiencia sumamente desagradable, displacentera, con la cual la persona no poseía intimidad interpersonal. Las necesidades básicas que define al ser humano esta relaciona con el vínculo con otros y el contacto social que tenga con las personas que le rodean, en orden satisface las necesidades afectivas, para con ello generar un bienestar equilibrado en el individuo (Pinedo & López, 2015).

También, se conceptualiza a la soledad como un mecanismo de retroalimentación de adaptación que informa al sujeto sobre el nivel de estimulación de relación social que tiene en su vida diaria en cantidad y forma. Peplau y Perlman (1982), identificaron tres características comunes de la soledad:

- Tiene como resultado la deficiencia en relaciones interpersonales
- Una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social
- Es una experiencia estresante y displacentera

Es decir, todas estas características se relacionan al apego y al desarrollo del rol del individuo dentro del ambiente social en el que se desenvuelve, es importante recordar que la carencia afectiva o social, debilita las oportunidades del individuo frente a los fenómenos que potencializan su desarrollo físico situacionales, socio culturales y personalidad.

### **1.4.3 Tipos de Soledad**

Algunos autores definen varios tipos de soledad como Young (1982), habla de distintivo tipos de soledad en relación a la duración que se determina en tres:

- Soledad crónica: Tiene una duración de dos o más años, se define con el sentimiento de insatisfacción con las relaciones sociales y la incapacidad de generar dichas relaciones.
- Soledad situacional: Se presenta después de un evento estresante para el individuo, en la que se manifiesta la ruptura de un matrimonio o la muerte de un cónyuge o persona cercana al círculo social y afectivo.
- Soledad pasajera: Son episodios cortos de sentimiento de soledad.

También se diferencia la soledad aguda la cual es un estado temporal en el cual se finaliza en momento en que se repara las circunstancias que causaron, es decir que finalizan al identificar el porqué de este sentimiento la raíz. La soledad crónica, se caracteriza por ser un rasgo del individuo que se encuentran las circunstancias vitales y de una tendencia genética (Hawkley & Cacioppo, 2009).

En una investigación realizada en adultos mayores de 55 años se pudieron diferenciar 4 tipos de soledad. Según Cardona, Villamil, Henao y Echeverri (2013), que son:

- Soledad Familiar: Se define como las relaciones familiares en círculo primario del adulto mayor. La importancia que tiene este vínculo con sus hijos, pareja, nietos y otros.

- Soledad conyugal: La relación con la pareja, esto se da por varios aspectos ya sea por la separación o divorcio y la muerte.
- Soledad social: El contacto con el exterior o los grupos a los que pertenece.
- Crisis existencial: Se define como el sujeto así mismo, la vulnerabilidad que se relaciona con el deterioro cognitivo, físico o mental.

En el adulto mayor es importante la soledad se presenta en varios aspectos o características, se identificara el tipo de soledad que demanda, por eso es importante resaltar en grupo de apoyo o apego que tiene el adulto mayor, el vínculo que presenta con sus familiares o grupos sociales, debido a que estos son aquellos con los que se relaciona, generan actividades de productividad para el mismo, para que con ello no se sientan solos o con falta de comprensión hacia sus necesidades.

#### **1.4.4. Soledad y calidad de vida**

El adulto mayor ocupa uno de los primeros lugares en los grupos de vulnerabilidad por lo cual es importante tener en cuenta todos los refuerzos sociales, familiares, culturales, sin embargo es de suma importancia destacar la vulnerabilidad frente a las enfermedades orgánicas, el deterioro de las funciones cognitivas, la inestabilidad emocional y el sentimiento de indefensión. Esto también, tiene graves consecuencias en la salud en el plano físico, psicológico y social (Rodríguez, 2009).

En el plano físico se presenta debilidad en el sistema inmunológico, dolores de cabeza, algunos problemas cardiacos, digestivos, dificultades para conciliar el sueño. En el ámbito psicológico se presenta: baja autoestima, depresión, dependencia a alguna sustancia como el alcohol o tabaco, ideas irracionales y suicidas, una de las características de que estos signos sean en mayor predominancia se diferencia por la pérdida de un familiar, ser querido o pareja. Por último, en el plano social, es aislamiento, la falta de comunicación e integración con personas del mismo grupo al que pertenece (Rodríguez, 2009).

Por lo tanto, si la salud y soledad están relacionadas entre sí, la vulnerabilidad del adulto mayor se incrementa frente a las enfermedades que esta genera y tiene como resultado una calidad de vida favorable o deficiente.

## **CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1 Metodología de la Investigación**

El método de la investigación corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales, mientras que el método específico es comparativo en grupo de adultos mayores independientes. Este proyecto es un estudio de enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance exploratorio, descriptivo de corte transversal.

#### **Método General**

El método general de la siguiente investigación es hipotético deductivo aplicado en las ciencias sociales y a la salud. Sánchez (2019) menciona que, “comprender los fenómenos y explicar el origen o las causas que la generan. Sus otros objetivos son la predicción y el control, que serían una de las aplicaciones más importantes con sustento, asimismo, en las leyes y teorías” (p. 108). Es decir, que en la investigación se generan hipótesis las cuales serán comprobadas, con el fin de generar resultados y aportar al estado del arte.

#### **Método Específico**

El método específico de esta investigación es comparativo de grupos independientes, que tiene como objetivo el identificar y explicar las características singulares de cada una de las poblaciones y lo que las diferencia entre sí, con el uso de herramientas estadísticas (Makon, 2004), en el caso de esta investigación se presentan una muestra de 68 adultos mayores de dos instituciones. Posterior, se realizó una comparación entre las variables a ser estudiadas por medio de herramientas psicométricas que tiene un nivel de confiabilidad y validez adecuado para la investigación. En este caso se utilizó Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQoL OLD y Escala ESTE.

Las variables se comparan entre ellas y con la población a ser estudiada. Como refiere Arias (2014), “la comparación es una operación mental existente en todas las estrategias metodológicas de construcción y justificación del conocimiento” (p. 82). Por lo tanto, se pretende analizar las variables en que son el nivel de soledad y calidad de vida en la población de adultos mayores internos y ambulatorios, con el fin de reconocer las diferencias entre estas, con ello las hipótesis establecidas para con las dos variables y la población se podrá establecer una distinción de las mismas.

## **Paradigma**

La presente investigación tiene un paradigma post-positivista, debido a que las ideas, conceptos e hipótesis que se fundamentan sobre las variables a estudiar son limitadas, es decir que el ser humano tiene una capacidad intelectual amplia en la cual genera nuevos conocimientos y cada vez el aprendizaje es más amplio, en la cual tiene una incapacidad de controlar lo que está a su alrededor y por lo tanto el conocimiento es parcial. Como refiere Ramos (2015), “los resultados que se encuentran en una investigación basada en este paradigma son considerados como probablemente verdaderos” (p. 12). Es decir, que lo real se encuentra establecido de manera incompleta, debido a que todo lo que está dentro de la investigación forma parte del desarrollo de la misma, por lo tanto, las hipótesis, e investigador, el conocimiento previo forma parte de los resultados de la mismas, esto es factor que contribuye a una investigación imperfecta, debido a que el mecanismo intelectual perceptivo tiene una limitación.

## **Diseño**

En diseño de la investigación, es de tipo no experimental, para autores como Hernández, Fernández y Baptista (2014), “podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (p. 152). En otras palabras, se ejecuta una investigación sin realizar cambios en las variables a estudiar, sin ningún tipo de introversión en este proceso, con el fin de que los datos y resultados obtenidos durante este proceso sirvan como búsqueda en próximas investigaciones.

## **Tipo**

En relación con el tipo de la investigación es cuantitativa, debido a que esta se forma mediante una hipótesis, que se genera por el problema de investigación, el cual nace de la observación de las varias problemáticas en una población específica o en varias. Como manifiesta Mousalli (2015), “el enfoque cuantitativo, las cuales serán abordados a partir de los objetivos, la teoría, las variables y las hipótesis” (p. 6). Es decir, que la investigación se basa en el análisis de resultados de las variables a estudiar, las cuales serán medidas por instrumentos que apoyarán a la investigación con la validación de la problemática, la cual consta de herramientas estandarizadas y con confiabilidad.

## **Alcance**

Con relación al alcance de la investigación, se determina como exploratoria, descriptivo de corte transversal.

- El alcance exploratorio busca información que sustente las variables y con ellas llegar a un resultado, esta información se evidencia mediante la búsqueda bibliográfica, aplicación de herramientas, para con ello poder comprobar las hipótesis planteadas frente al problema. Autores como Malhotra (1997), refiere que “la investigación exploratoria es una herramienta extraordinaria, si podemos identificar la información correcta, obtendremos un panorama amplio y profundo del fenómeno que se estudia” (p. 43). Es decir, que no se han encontrado investigaciones que portan un panorama en el desarrollo de las variables frente a problemática expuesta. Estos estudios de naturaleza exploratorio también, son considerados un aporte a los conocimientos, debido a que al generar hipótesis estas se comprobaran en el desarrollo de la investigación. Las nuevas investigaciones generan varias perspectivas al conocimiento el cual se crea por medio de recolección de información de varias fuentes y el análisis de lo que se comprobara
- La investigación es de alcance descriptivo, se relaciona con detallar cada uno de los factores que se han encontrado durante la investigación a realizar. La meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, definir cómo son y cómo se manifiesta, con el fin de especificar la información obtenida por medio del estudio de las variables que se generar en la hipótesis (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Es decir, que pretende recolectar información necesaria, con la cual se analizara las características del individuo frente a la soledad y la calidad de vida en la que se encuentran los pacientes ambulatorio o internos. Esta investigación tiene como objetivo buscar una definición sobre las variables de estudio, para así con ello tener la idea clara sobre las perceptivas, oportunidades y los escenarios en los que se desarrolla.
- Esta investigación es de corte transversal, es decir que se realizará en un momento determinado, con los grupos establecido. Como manifiesta Rodríguez y Mendivelso (2018), “los diseños transversales suelen incluir individuos con y sin la condición en un momento determinado (...) y en este tipo de diseño, el investigador NO realiza ningún tipo de intervención” (p. 142). Es decir, que la investigación tiene como finalidad la comparación de las variables en la población en un tiempo determinado sin tener contacto a futuro con está. .

## **2.2 Técnicas y Herramientas**

### **2.2.1 Técnicas**

Para esta investigación se utilizaron dos técnicas, en las cuales se encuentra la observación científica y la ficha sociodemográfica Ad Hoc como medio de recolección de información por medio de la entrevista psicológica. Con el uso de estas técnicas se tiene como objetivo el comparar las hipótesis planteadas que nos ayudará a establecer conclusiones y recomendaciones.

#### **Observación científica**

La información recolectada por medio de la observación científica se sintetiza con el uso de la ficha sociodemográfica donde se observara de manera concreta cada uno de los datos del participante. La observación científica es una técnica la cual nos ayuda a generar hipótesis con relación a la problemática plateada, además nos permite establecer conclusiones con relación concretas. Como refiere Vázquez (2004), la observación científica nos ayuda a tener “acceso a entidades o fenómenos que son demasiado pequeños o que se encuentran demasiado lejos para poder ser detectados por el ojo humano” (p. 80). Es decir, que esta técnica permite observar de me manera más específica cada uno de los objetivos, plateados, entender las hipótesis de estudio, para con ello poder comparar las variables de calidad de vida y nivel de soledad en participante internos y ambulatorios.

#### **Entrevista psicológica semiestructurada**

La entrevista psicológica semiestructurada se puede definir como una conversación entre el entrevistador y el entrevistado, en donde el investigador se convierte en alguien que escucha con atención toda la información sobre el participante, no impone ni interpretaciones ni respuestas, que guía al curso la entrevista a los temas de interés (Díaz, Torruco, Martínez, & Varela, 2013). Es decir, que con esta técnica se busca que el participante pueda sentirse cómodo, con esto se busca llenar cada una de las variables dentro de la ficha sociodemográficas.

### **2.2.2. Herramientas**

En la investigación se utilizaron herramientas las cuales fueron: la ficha socio demográfica Ad Hoc y dos reactivos de medición: Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQoL OLD y Escala ESTE- R.

#### **Ficha Sociodemográfica Ad Hoc**

En relación en la ficha sociodemográfica que contiene variables como edad, sexo, estado civil, identificación étnica, el nivel educativo del participante, el lugar de residencia en el cual se diferenciara si el participante está dentro de una institución geriátrica o el asilo de acianos y la razón de su residencia o asistencia, ya sea por decisión propia, decisión de familiares, mejor atención, con el fin de conocer el estado del participante y la información necesaria.

#### **Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQoL OLD**

Con el fin de recolectar la información necesaria se utilizó el cuestionario que mide la calidad de vida en adultos mayores WHOQoL OLD que en 1999 se elaboró para la población geriátrica, este cuestionario tiene origen de los cuestionarios elaborados por la Organización Mundial de la Salud, WHOQoL-100 o el WHOQoL-Bref que se usaron para la medición en la población adulta mayor (WHOQoL Group, 2006). En los estudios más cercanos se realizó una investigación en Ecuador– Loja y posteriormente una validación del mismo. En el cual se pudo determinar una fiabilidad de 0,84 en relación ítem total y una fiabilidad de 0,81 en relaciona las 4 dimensiones que se estudian (Ortega, Quinche, Moreno & Álvarez, 2018).

El cuestionario costa de 24 ítems las cuales que se puntúan en una escala de Likert, las cuales van de 1 a 5 esto se dividen en 6 dimensiones o aspectos como refiere De Souza 2018 son:

- Funcionamiento sensorial (Dimensión 1): Se evalúa el impacto, la pérdida de los sentidos y las habilidades con relación a la calidad de vida que conlleva esta dimensión.
- Autonomía (Dimensión 2): Es la independencia que posee en adulto mayor, la posibilidad de realizar sus actividades sin ayuda y el poder tomar sus propias decisiones.
- Actividades pasadas, presente, futuras (Dimensión 3): Describe la satisfacción con sus logros, la actividades que realiza, los objetivos y metas que le esperan en el futuro.
- Participación social (Dimensión 4): Son las actividades que el paciente realiza de manera diaria.

- Muerte y morir (Dimensión 5): Se refiere a las preocupaciones, miedo, temores con relación al tema de la muerte.
- Intimidad (Dimensión 6): Las relaciones personales e íntimas que el adulto mayor posee en su círculo habitual.

El puntaje de cada dimensión está distribuido en cada pregunta, es decir que se puntúa de 1 a 4, en la cual tenga un rango de 4 a 20, siempre y cuando cada una de las preguntas sea contestada por el participante o sujeto a estudiar.

A continuación, se presentan los datos del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQoL OLD obtenidos por medio del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). Lo que permitirá determinar resultados con las repuestas que los participantes y examinar la regularidad de las repuestas y la diferencia entre ellas.

**Tabla 1.**

***Análisis de la consistencia interna del WHOQoL OLD***

<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>	<b>Alfa</b>
Funcionamiento Sensorial	4	0,48
Autonomía	4	0,63
Actividades Pasadas, presente y futuras	4	0,64
Participación Social	4	0,77
Muerte o Morir	4	0,85
Intimidad	4	0,90

**Nota.** 68 observaciones

En base a los datos obtenidos del cuestionario WHOQoL OLD, se demuestra que tiene una confiabilidad homogénea en la mayoría de las dimensiones, la consistencia en cada una de las áreas es buena para el uso de este cuestionario.

**Escala ESTE- R**

Es importante mencionar que la soledad es una situación que afecta a varios grupos, sin embargo, el adulto mayor por las condiciones o calidad de vida que se encuentra tiende a generar un nivel más alto con relación a su edad. Es importante mencionar que la escala Este- R se originó de la escala Este creada por la Dra. Ramona Rubio Herrera y Manuel Aleixandre Rico en la Universidad de Granada en 1999 y posteriormente esta fue revisada en 2009. La escala. Este consta de 34 ítems que tiene un confiabilidad de 0,91 en el alfa de Cronbrach, Sin embargo se presentó cierta inconsistencia debido a que al momento de ser administrada se

recolectaban interpretaciones erróneas, por lo cual se modificaron los ítems en el año 2010, generado así una consistencia interna y fiabilidad de 0,92 (Rubio, 2010).

El instrumento tiene una puntuación de 1 a 5 en una escala de Likert con las opciones de respuesta (1 Nada, 2 Rara vez, 3 Alguna vez, 4 A menudo y 5 Siempre). Esta escala está compuesta por 4 dimensiones las cuales como menciona Cerquera, Cala y Galvis (2013) son:

- Soledad Familiar (Dimensión 1): La cual tiene una distribución en las relaciones interpersonal con sus miembros cernos y de su dinámica familiar consta de 14 ítems
- Soledad conyugal (Dimensión 2): Se refiere a la relación de pareja y su sistema emocional consta de 5 ítems
- Soledad social (Dimensión 3): Se evidencia las relaciones, el círculo social y el contacto que tiene con otras personas consta de 7 ítems
- Crisis existencial (Dimensión 4): La relación con sus creencias, el apoyo emocional y como se percibe así mismo, consta de 8 ítems.

Es importante mencionar que esta escala es validada en Colombia- Bucaramanga, el cual constó de una alfa de Cronbach de 0,92 con relación a las variables que componen esta, 0,93 a la dimensión de soledad familiar, 0,89 a la dimensión de soledad conyugal, 0,84 a la dimensión de soledad social y 0,76 para crisis existencial (Cerquera, Cala & Galvis, 2013).

A continuación, se presentan los datos de la escala ESTE R obtenidos por medio del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). Lo que permitirá determinar resultados con las repuestas que los participantes y examinar la regularidad de las repuestas y la diferencia entre ellas.

## **Tabla 2.**

### ***Análisis de la consistencia interna de la escala ESTE R***

<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>	<b>Alfa</b>
Soledad Familiar	14	0,498
Soledad Conyugal	5	0,87
Soledad Social	7	0,73
Crisis Existencial	8	0,53

**Nota.** 68 observaciones.

En base a los datos obtenidos de la escala Este, se demuestra que tiene una confiabilidad homogénea en la mayoría de las dimensiones, la consistencia en cada una de las áreas es buena para el uso de este cuestionario.

### **2.3 Participantes**

El estudio se realizó con adultos mayores que se encuentran en un centro geriátrico u hogar para anciano, seleccionado en una muestra independiente de cada grupo a estudiar.

#### **Población**

La población se compone de 102 adultos mayores que corresponde al “Centro Geriátrico Vida a los Años” y al “Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús”. El tamaño de la población se determina por los criterios de exclusión adecuados para la investigación.

#### **Muestra**

La muestra corresponde a 68 participantes quienes son 34 pacientes internos que se encuentran en el “Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús” y 34 que corresponden a pacientes ambulatorios del “Centro Geriátrico Vida a los Años”.

#### **Muestreo**

A su vez, se utiliza un muestreo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión, dicho de otro modo, nos permite seleccionar aquellos participantes que son accesibles y que aceptan ser incluidos en la investigación (Otzen & Manterola, 2017). Es decir que se eligieron casos específicos con el fin de que la población estudiada sea más objetiva y comprender las situaciones más variables. Además, la muestra cumplirá características específicas, con criterios de inclusión que son: pacientes adultos mayores, estar en un centro geriátrico u hogar, nivel de conciencia adecuada y que hayan firmado el acta de consentimiento informado.

### **Variables sociodemográficas de la Muestra**

La primera tabla corresponde a las características sociodemográficas de la muestra (pacientes internos y ambulatorios), las mismas que están conformadas por: edad, género, estado civil, identificación étnica, nivel educativo y residencia. En los resultados se incluirán: la frecuencia ( $f$ ) y la representación porcentual (%), mientras que las variables cuantitativas, en este caso edad, se expresan en medidas de distribución: media ( $\bar{X}$ ) y desviación estándar ( $s$ ). Para determinar las diferencias entre los grupos, se empleó la Prueba Chi cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ).

Tabla 3.

*Análisis Sociodemográficos de Adultos Mayores Internos y Ambulatorios*

Variables Sociodemográficas	Internos		Ambulatorios		Contraste $T$
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
<b>Edad</b>					
	82,29	6,94	82,24	5,48	8,93
	Internos		Ambulatorios		Contraste
	F	%	F	%	$\chi^2$
<b>Genero</b>					
Masculino	15	55,6%	12	44,4%	0,310
Femenino	19	46,3%	22	53,7%	
<b>Estado civil</b>					
Soltero	5	14,7%	1	2,9%	0,378
Casado	7	20,6%	7	20,6%	
Divorciado	5	14,7%	5	14,7%	
Viudo	17	50%	21	61,8%	
Unión Libre	0	0%	0	0%	
<b>Identificación Étnica</b>					
Mestizo	30	88,2%	34	100%	0,039*
Indígena	4	11,8%	0	0%	
Afro	0	0%	0	0%	
Blanco	0	0%	0	0%	
<b>Nivel Educativo</b>					
Ninguno	3	8,8%	1	2,9%	0,002*
Primaria	23	67,5%	12	35,3%	
Secundaria	7	20,6%	6	17,6%	
Tercer Nivel	1	2,9%	13	38,2%	
Cuarto Nivel	0	0%	2	5,9%	
<b>Residencia</b>					
Decisión propia	5	14,7%	8	23,5%	0,438
Decisión Familiar	22	64,7%	23	67,6%	
Comodidad	3	8,8%	2	5,9%	
Mejor atención	4	11,8%	1	2,9%	

**Nota:** 68 observaciones \* $p < ,05$

La edad de los participantes internos de la investigación se ubica en una media de  $\bar{X} = 82,29$  años, con una desviación de  $s = 6,94$ . Por otro lado, los participantes ambulatorios se ubican en una media de  $\bar{X} = 82,24$  años, con una desviación de  $s = 5,48$ .

En la variable género en los participantes internos se encontró que el 55,6% corresponde a masculino y el 46,3% pertenece a femenino; mientras que el grupo de participantes ambulatorios el 44,4% son de género masculino y el 53,7% son de género femenino. Sin embargo, cabe mencionar que la población femenina probablemente tiene mayor representación que la masculina, por que las mujeres necesitan una mejor atención especializada, debido a que enfrentan problemas que surgen a lo largo de su historia personal, en las que se encuentran, la mala nutrición, embarazos repetidos, abortos constates, atención medica limitada, violencia de género, problemas psicológicos no tratados (Balladares, 2006). Se evidenció que no existen

diferencias estadísticamente significativas entre grupos  $X^2= 0,310$  debido a que en los dos grupos predomina el género femenino.

En la variable estado civil en los participantes internos se encontró que el 14,7% son solteros; el 20,6% casados; el 14,7% a divorciados y el 50% a viudos. Mientras que, en los participantes ambulatorios, el 2,9% son solteros; el 20,6% casados; el 14,7% a divorciados y el 61,8% a viudos, en las dos poblaciones el estar viudo tiene una mayor puntuación. Es posible, que este fenómeno se deba a que las personas viudas presentan más desventajas que las que están con parejas, porque al estar en compañía de sus pares generan mecanismo de resistencia y recuperación, tanto en el nivel físico, emocional y económico (Montoya, & Montes de Oca, 2010). Se evidenció que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos  $X^2 = 0,378$ , debido a que en ambos grupos predominó el estado civil viudo.

En la variable identificación étnica en los participantes internos se encontró que el 88,2% corresponde a mestizo y el 11,8% a indígena, ningún participante se identificó como afro o caucásico. Por otro lado, el 100% de los participantes ambulatorios se identificó como mestizos. Es probable, que esta diferenciación étnica se deba a que los participantes internos se encuentran en institución sin motivos de lucro, por lo que sus recursos económicos son escasos, factor que suele ser más incidente en poblaciones indígenas; mientras que los participantes ambulatorios están en una institución que tiene un ánimo de lucro con una mejor economía, que consta de personal especializado y espacios adecuados condiciones más fácilmente accesibles entre población mestiza (Hena, & Tirado, 2018). El valor de probabilidad asociada al estadístico calculado es de 0,039, valor que se encuentra por debajo de 0,05 ( $p < .05$ ), a partir de lo cual se afirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios.

En la variable nivel educativo en los participantes internos se encontró que el 8,8% tiene ningún nivel; el 67,5% corresponden a primaria; el 20,6% a secundaria y 2,9% a tercer nivel. Por otro lado, en los participantes ambulatorios el 2,9% corresponde a ningún nivel educativo; el 35,3% a primaria; 17,6% a secundaria; el 38,2% a tercer nivel y el 5,9% a cuarto nivel. Es posible, que este fenómeno se deba a la situación económica y educativa de los participantes, porque los participantes internos tienen escasa o baja situación económica, con una escasa accesibilidad a la educación, por otro lado los participantes ambulatorios se encuentran en una situación media o alta, la cual tiene estabilidad económica y emocional, con la facilidad de acceder a la educación (Jama, & Cornejo, 2015). El valor de probabilidad asociada al estadístico calculado

es de  $0,002$ , valor que se encuentra por debajo de  $0,05$  ( $p < .05$ ), a partir de lo cual se afirmara que existen diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios.

En la variable razón de residencia en los participantes internos se evidencio que el  $14,7\%$  es por decisión propia; el  $64,7\%$  por decisión de familiares; el  $8,8\%$  por comodidad y el  $11,8\%$  por mejor atención. Mientras que, en los participantes ambulatorios el  $23,5\%$  es por decisión propia, el  $67,6\%$  por decisión de familiares; el  $5,9\%$  por comodidad y el  $2,9\%$  por mejor atención. Es probable, que en ambos grupos la razón de residencia se da por la decisión de familiares debido a que, el adulto mayor es considerado, en su mayoría por sus familiares como personas frágiles que necesitan protección y asistencia, sin embargo, en algunos casos son rechazados en sus propios hogares, debido a que son víctimas de abuso, físico, psicológico, descuido o abandono (Carrillo, Gómez, & Torrijos, 2016). Se evidenció que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos  $X^2 = 0,438$ .

## **2.4 Procedimiento Metodológico**

Para ejecutar esta investigación se procedió a la recolección de material bibliográfico con relación a las variables y tema de estudio, con el fin de realizar un análisis concreto sobre dicha información. Además, se procedió a la búsqueda y selección de instrumentos psicométricos relacionadas con las variables de estudio, se identifica con ello su nivel de validez y confiabilidad. Esta investigación conto con 30 adulto mayores internos y 30 adulto mayores ambulatorios.

La recolección de la información se realizó de manera individual, con un tiempo estimado 25 minutos por aplicación. La aplicación de reactivos en el Centro Geriátrico Vida a los Años y Hogar de Ancianos Sangrado Corazón de Jesús se realizó en los meses de Enero – Marzo 2020. Los instrumentos aplicados fueron: la carta de consentimiento informado; la ficha sociodemográfica y los reactivos en el siguiente orden: Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQoL OLD y Escala ESTE R. Cabe señalar que en el reactivo de calidad de vida el medico encargado intervino en las dos primeras preguntas, debido a que se relaciona con las funciones cognitivas.

Posterior a la recolección de datos, se procedió a tabular e interpretar con el uso del Sistema de Análisis Estadístico SPSS versión 21, el cual tiene como función analizar y realizar ilustraciones graficas de los datos ingresados en su sistema. Después, de la recolección de

información de la ficha sociodemográfica y reactivos en el SPSS, se aplicaron pruebas no paramétricas la cual fue la T Student.

Por lo tanto, se llegó a recolectar información que nos ayuda a crear nuevos conocimientos con relación a las diferencias entre la calidad de vida y nivel de soledad en adulto mayores internos y ambulatorios, con el objetivo de que se realicen futuras investigaciones, con el fin de desarrollar estrategias y propuestas de intervención en dicha población.

## CAPITULO III: ANALISIS DE RESULTADO

### 3.1 Análisis Descriptivo de las Variables

A continuación, se realizará el análisis descriptivo de los resultados por medio de los reactivos aplicados que son: Calidad de Vida WHOQoL-OLD, que evalúa seis dimensiones con el fin de conocer la percepción del individuo frente a las expectativas, metas y relaciones en las que se encuentra, y la Escala ESTE R, que evalúa cuatro niveles de soledad con el fin de conocer el impacto que tiene esta en la calidad de vida en los adultos mayores.

#### 3.1.1 Calidad de Vida WHOQoL-OLD

Los resultados las variables Calidad de Vida están distribuidos en dos grupos: participantes internos y ambulatorios. Las variables cuantitativas, se expresan con las medidas distribución: mínimo (min), máximo (max), media ( $\bar{X}$ ) y desviación típica (s).

**Tabla 4.**

#### *Análisis Descriptivo de Calidad de vida en pacientes internos y ambulatorios*

Dimensión	Internos				Ambulatorios			
	Min	Máx	$\bar{X}$	s	Min	Máx	$\bar{X}$	s
Funciones Sensoriales	7	20	12.79	3.21	5	17	11.50	3.40
Autonomía	4	17	10.91	2.98	8	20	13.94	3.38
Actividades Pasadas, presentes y futuras	6	20	13.59	2.98	9	20	15.44	2.62
Participación Social	5	16	11.26	2.99	6	20	14.74	2.96
Muerte o Morir	4	17	9.08	4.17	4	16	6.85	3.49
Intimidad	4	18	9.11	4.58	4	20	11.88	5.58
Calidad de Vida	46	81	66.76	9.79	47	98	74.35	12.49

**Nota.** 68 observaciones, Min= Mínimo, Max= Máximo,  $\bar{X}$ =Media, s=Desviación Estándar.

La tabla 4 corresponde a la Calidad de Vida de los participantes internos y ambulatorios, valorada en seis dimensiones, las cuales son: funciones sensoriales, autonomía, actividades pasadas presente futuras, participación social, muerte o morir e intimidad.

Las puntuaciones presentadas a continuación corresponden el puntaje mínimo (min), puntaje máximo (max), media ( $\bar{X}$ ) y desviación típica (s).

Se va a presentar los resultados a continuación, pero hay que tener en cuenta que en la dimensión de *Funciones Sensoriales* un puntuación alta representa una mala calidad de vida; en la dimensión de *Autonomía* una puntuación alta refiere una buena calidad de vida; en la dimensión de *Actividades Pasadas, Presente y Futuras* una puntuación alta representa una buena calidad de vida; en la dimensión de *Participación Social* una puntuación alta se relación con una buena calidad de vida; en la dimensión de *Muerte o Morir* una puntuación alta refiere mala calidad de vida y en la dimensión de *Intimidad* la puntuación alta refiere una buena calidad de vida.

En la dimensión de *Funciones Sensoriales* en participantes Internos se encontró un mínimo de 7 y un máximo de 20, la media de la población es de 12,79 y una desviación de 3,21. Por otro lado, en los participantes Ambulatorios se encontró un mínimo de 5 y un máximo de 17, la media es de 11,50 y una desviación de 3,40. Estudios anteriores Duran (2016), coinciden con estos resultados debido a que refieren que el deterioro de las funciones sensoriales se encuentra asociado a la dependencia e independencia del adulto mayor; por lo que al presentarse mayores niveles de dependencia disminuye la capacidad de realizar actividades diarias genera una pérdida de las funciones cognitivas.

En la segunda dimensión con relación a *Autonomía* los participantes Internos se observó una mínimo de 4 y un máximo de 17, con una media de 10,9, su desviación es 2,98 y varianza de 8,93. No obstante, en los participantes ambulatorios se refleja un mínimo de 8 y un máximo de 20, con la media de la población que es 13,94, desviación de 3,38 y una varianza de 11,45. Datos que coinciden en la investigación Duran (2016), donde señala que los adultos mayores que se encuentran en una institución de residencia, necesitan asistencia para la mayor parte de actividades ya sean de la vida diaria, toma de decisiones y las evaluaciones físicas, psicológicas y emocionales.

En la tercera dimensión que se relaciona con las *Actividades Pasadas, Presente y Futuras* en los participantes internos presenta un mínimo de 6 y un máximo de 20, la media de la población

es de 13,59 y una desviación estándar de 2,98. En cambio, en los participantes ambulatorios se recolectó un mínimo de 9 y máximo de 20, la población de la media es 15,44, y la desviación estándar corresponde a 2,62. Como se aprecia en los participantes ambulatorios los resultados son mejores que los obtenidos en los participantes internos, esto se relaciona con los estudios realizados por Silveria (1999), donde se afirma que si los hábitos, costumbres y actividades se mantiene a lo largo de los años se presenta un envejecimiento más satisfactorio (citado de Hernández, Chávez & Yhuri, 2016).

En cuanto a la cuarta dimensión que corresponde a *Participación Social* en los participantes internos, se observó un mínimo de 5 y máximo de 16, una media de la población de 11,26 y una desviación de 2,99. Por otro lado, en los participantes ambulatorios se presentó un mínimo de 6 y un máximo de 20, con una media de la población de 14,74 y una desviación estándar de 2,96. Estudios de Cruz y Pérez (2006), coinciden con los resultados de la investigación, en donde señala que los adultos mayores que participan en tareas, actividades de interés social se sienten útiles e integrados al grupo en el que se encuentran, caso contrario con aquellos que no realizan tareas de participación social (citado de Ferrada & Zaval, 2014).

En la quinta dimensión con relación a *Muerte o Morir* en participantes internos, presento un mínimo de 4 y un máximo de 17, con una media de la población de 9,08 y la desviación de 4,17. Por otro lado, en los participantes ambulatorios un mínimo de 4 y un máximo de 16, una media de 6,85 y la desviación de 3,49. En estudios de Hernández, Chávez y Yhuri (2016), señala que el adulto mayor toma poco significado a la muerte, porque es un proceso individual y circunstancial que afecta a todas las personas en algún momento del periodo vital.

En la sexta variable *Intimidad* en participantes internos se evidencio un mínimo de 4 y máximo de 18, con la media de la población de 9,11, y la desviación estándar de 4,58. Sin embargo, en los participantes ambulatorios se evidencio un mínimo de 4 y máximo de 20, la media de la población de 11,88 y la desviación de 5,58. Estudios similares de Lim y Kua (2011), señalan que la falta de relaciones íntimas o personales determina un deterioro de la calidad de vida y genera efectos psicológicos negativos en el adulto mayor (citado de Acosta, Tánori, García, Echeverría, Vales & Rubio, 2017).

En relación a la *Calidad de Vida* con los pacientes internos, presentó un valor mínimo de 46 y máximo de 81, con una media de la población de 66,76 y la desviación estándar de 9,79. Sin embargo en los pacientes ambulatorios, los resultados son, con una puntuación mínima de 47 y

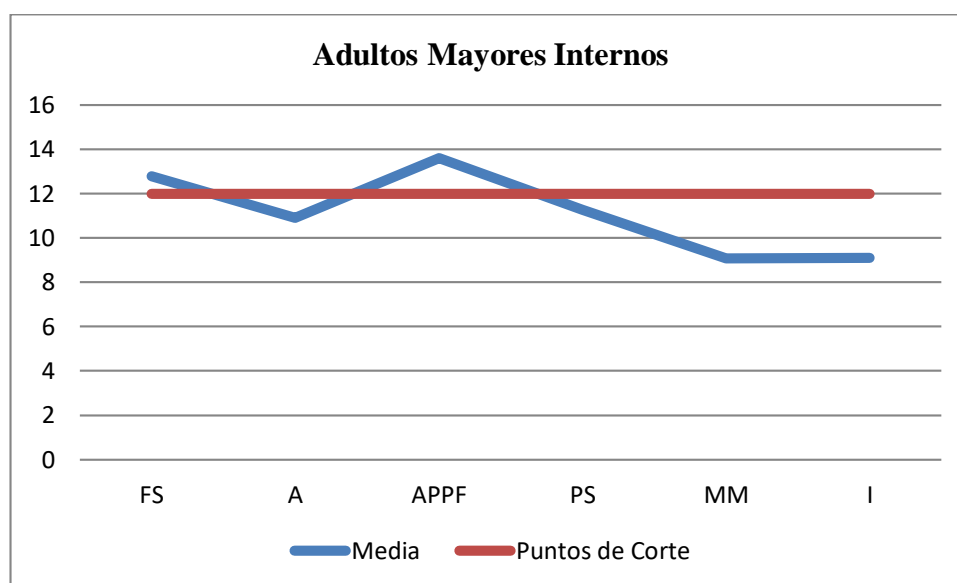
máximo de 98, con una media poblacional de 74,55 y la desviación estándar de 12,49. Demostrado así que, el nivel de calidad de vida en participantes ambulatorios es mejor y alto que los participantes internos, estos resultados son similares en investigaciones de adultos mayores institucionalizados, en donde se encuentra que las funciones cognitivas se deterioran más rápido por la limitación de actividades, debido que tienen el personal que facilita su movilidad o ejecución, además, en el ámbito social se despliegan del círculo familiar generado dependencia hacia las personas que lo rodean, las decisiones a tomar son por parte del tutor del adulto mayor, el crear vínculos sociales son limitados con las personas que se encuentran dentro del centro, genera así una valoración negativa en el área de calidad de vida (Salas, Lobo, & Altamirano, 2001).

Silva y colaboradores llevaron a cabo un estudio sobre el punto de corte del cuestionario Calidad de Vida, el cual estaba compuesto por 391 adultos mayores, se obtuvo como resultado un punto de corte óptimo en 60, esto significa que lo que se encuentra sobre este resultado es bueno (Rodríguez & Verdugo, 2017).

A continuación, se compara las medias y puntos de corte de los resultados encontrados en cuestionario de Calidad de Vida.

### Gráfico 1.

#### *Puntos de Corte Cuestionario WHOQoL- Adultos Mayores Internos*



La figura muestra los resultados de las seis dimensiones que conforman el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQoL-OLD en participantes Internos.

En relación a la dimensión de *Funciones Sensoriales* su puntuación fue alta, lo que demuestra una mala calidad de vida, debido a que manifiesta que su funcionalidad se ve afectada por el deterioro de las funciones cognitivas, que conlleva a la pérdida de las actividades diarias y cotidianas para el adulto mayor.

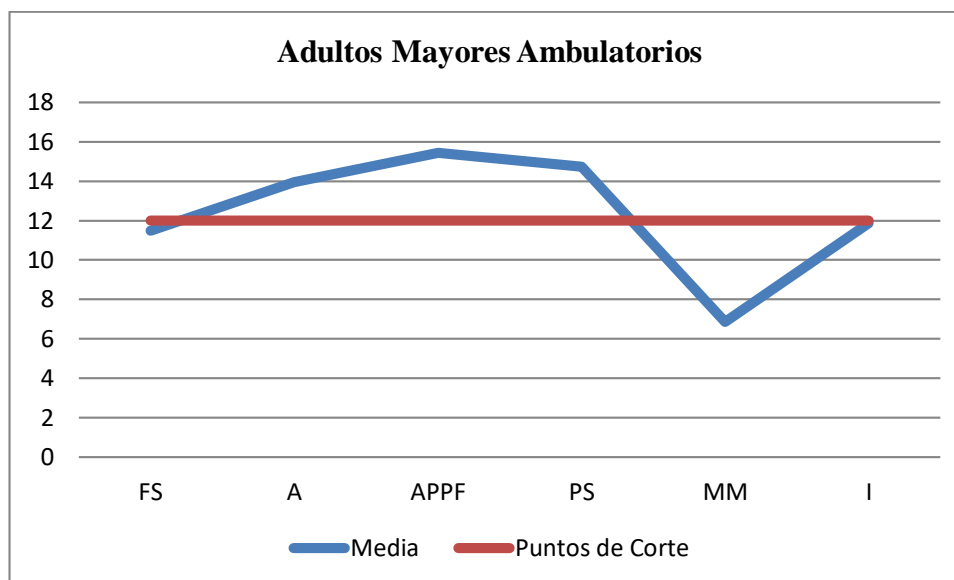
En la dimensión de *Autonomía* su puntaje fue bajo, lo que es un resultado de una mala calidad de vida, demostrado así que el adulto mayor no toma decisiones por sí mismo, el manejo de su situación ya sea médica, psicológico o física está a cargo de un representante, el poder realizar actividades sin supervisión de un familiar o personal dentro del centro en que se encuentra es escaso.

Por otro lado, en la Dimensión de *Actividades Pasadas, Presente, Futuras*, tiene una puntuación alta, lo que demuestra una buena calidad de vida, lo que significa que el adulto mayor se encuentra satisfecho con los logros obtenidos a lo largo de sus años y con el cumplimiento de la mayoría de sus objetivos. En la dimensión de *Participación Social*, tiene una puntuación baja, es un resultado de una mala calidad de vida, es decir, que en las actividades que realizó o realiza no son del total agrado de adulto mayor, se siente insatisfecho con la participación que tiene a las varias actividades con el grupo en el que se encuentra.

Por otro lado, la dimensión de *Muerte o Morir*, tiene una puntuación baja, lo que demuestra una buena calidad de vida, debido a que refiere que la preocupación, miedo o temor con relación a la muerte son temas que, si tiene una importancia, sin embargo refiere que es una etapa de la vida que esta, presente en todos los seres humanos. En la dimensión de *Intimida*, tiene una puntuación baja, con un resultado de mala calidad de vida, es decir que, los participantes internos no mantienen relaciones personas o intimas debido a que la mayoría de adultos mayores dentro de estos centros son viudos y sus relaciones personales son de poco interés para ellos.

## Gráfico 2.

### *Puntos de Corte Cuestionario WHOQoL-OLD Adultos Ambulatorios*



La figura muestra los resultados de las seis dimensiones que conforman el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQoL-OLD en participantes Ambulatorios.

Con relación a la dimensión de *Funciones Sensoriales* su puntuación es baja, sin embargo, cabe mencionar que se encuentra cerca del punto de corte, demostrado así un resultado de mala calidad de vida, en el cual el deterioro es evidente, pero afecta en menor medida al adulto mayor. En la dimensión de *Autonomía* la puntuación es alta, es un resultado de una buena calidad de vida, lo que significa que el adulto mayor no depende de un tercero, es capaz de tomar sus propias decisiones y en el ámbito financiero manejan su dinero.

Por otro lado, en la dimensión de *Actividades Pasadas, Presentes, Futuras* su puntuación fue alta, es un resultado de buena calidad de vida, el cual refiere que el adulto mayor se encuentra satisfecho con sus logros a lo largo de su vida, que los objetivos que se ha planeado se cumplieron de manera exitosa. En la dimensión de *Participación Social*, el puntaje fue alto, es un resultado de buena calidad de vida, demostrado que el adulto mayor se siente satisfecho con sus actividades sociales, los aportes a la comunidad y sus relaciones interpersonales.

En la dimensión de *Muerto o Morir*, la puntuación es baja, es un resultado de una buena calidad de vida, el cual se relaciona a que las dudas, miedo o preocupaciones frente a la muerte son pocas, manifiestan que es un proceso que no se evitara. Por otro lado, la dimensión de *Intimidad*

tiene una puntuación baja, es un resultado de mala calidad de vida, debido a que presentan dificultad al establecer y mantener relaciones personales e íntimas.

La calidad de vida de los Participantes Internos es totalmente diferente a la de los Participantes Ambulatorios, debido a que, las puntuaciones en cada una de las dimensiones dentro los puntos de corte tiene una diferencia notable; en los participantes internos las dimensiones de: *Funciones Cognitivas, Autonomía, Participación Social e Intimidad* demuestran una mala calidad de vida, pero por otro lado, los Participantes ambulatorios presentan puntuaciones satisfactorias en dos de estas dimensiones las cuales son: Autonomía y Participación Social.

### 3.1.2 Soledad, Escala ESTE- R

Los resultados la variable Soledad están distribuidos en dos grupos: participantes internos y ambulatorios. Las variables cuantitativas, se expresan con las medidas distribución: mínimo (min), máximo (max), media ( $\bar{X}$ ) y desviación típica (s).

**Tabla 5.**

#### *Análisis Descriptivo de Nivel de Soledad en pacientes internos y ambulatorios*

Dimensión	Internos				Ambulatorios			
	Min	Máx	$\bar{X}$	S	Min	Máx	$\bar{X}$	s
Soledad Familiar	23	56	44.76	8.50	40	80	51.35	7.30
Soledad Conyugal	5	22	7.82	3.92	5	25	10.85	6.29
Soledad Social	8	33	19.88	5.39	14	32	22.47	5.28
Crisis Existencial	9	39	26.88	6.46	9	58	27.11	8.16
Soledad	58	118	96.44	13.72	72	161	108.64	15.49

**Nota.** 68 observaciones, Min= Mínimo, Max= Máximo,  $\bar{X}$ =Media, s=Desviación Típica

La tabla 5 corresponde a Nivel de Soledad la cual está compuesta por 4 dimensiones que son; soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y Crisis existencial. Las puntuaciones presentadas a continuación corresponden al puntaje mínimo (min), máximo (max), media ( $\bar{X}$ ) y desviación típica (s)

Se va a presentar los resultados a continuación, pero hay que tener en cuenta que, en la dimensión de *Soledad Familiar* una puntuación alta representa un nivel de soledad malo; en la dimensión de *Soledad Conyugal* una puntuación alta refiere un nivel de soledad bueno; en la

dimensión de *Soledad Social* una puntuación alta representa un nivel de soledad bueno y en la dimensión de *Crisis Existencial* la puntuación alta refiere un nivel de soledad malo.

La primera dimensión de *Soledad Familiar* en participantes internos presenta un mínimo de 23 y máximo de 56, con la media de 44,76 y la desviación estándar de 8,50. Sin embargo, la población de participantes ambulatorios presento un mínimo de 40 y máximo de 80, con la media de 51,35 y la desviación estándar de 7,30. Estos resultados coinciden con los de Agewell (2010), quien señala que los ancianos que tiene familias nucleares experimentan menos niveles de soledad de aquellos que no los tienen (citado en Sequeira, 2011).

La segunda dimensión que corresponde a *Soledad Conyugal* en referencia a los participantes internos, presento un mínimo de 5, máximo de 22, la media de la población de 7,82 y desviación estándar de 3,92. No obstante, en los participantes ambulatorios el mínimo de 5 y máximo de 25, la media de la población de 10,85 y desviación estándar de 6,29. En otras investigaciones estos resultados coinciden, debido a que el estado civil es una variable importante, porque aquellos que son viudos, separados o no casados son propenso a sentirse solos la mayor parte del tiempo (Cantuña, 2015).

La tercera dimensión que corresponde a *Soledad Social* en los participantes internos, un mínimo de 8, máximo de 33, media de la población de 19,88 y con la desviación estándar de 5,39. Sin embargo, en los participantes ambulatorios se presentó un mínimo de 14, máximo 32, la media de la población 22,47 y la desviación estándar de 5,228. Estos resultados coinciden con Rubio (2007), quien señala que los adultos mayores con un grupo social amplio, fuerte y establecido costa con niveles de soledad bajos, en comparación con aquellos que lo carecen (citado en Sequeira, 2011).

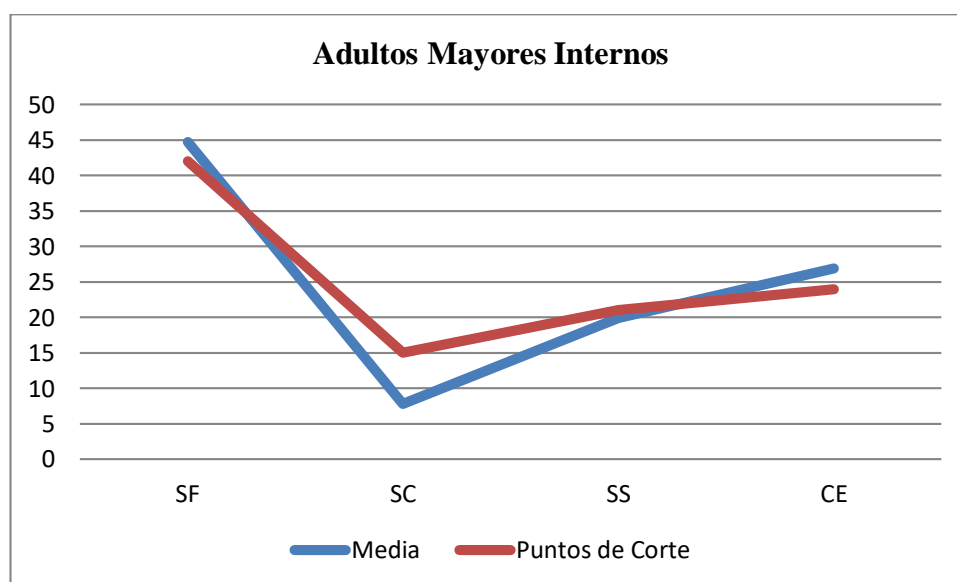
En la cuarta dimensión denominada *Crisis Existencial* en los participantes internos presentó un mínimo de 9 y máximo de 39, con una media de 26,88 y la desviación estándar de 6,46. No obstante, los participantes ambulatorios presentaron un mínimo de 9 y máximo de 58, con una media de la población de 27,11 y la desviación estándar de 8,16. Estudios de Fericgla (2002), señala que el adulto mayor al tener una limitación social o disolución en las actividades diarias, genera crisis de identidad y disminuye la percepción de sí mismo frente a los otros (citado en Sequeira, 2011).

Con relación al *Nivel de Soledad* en los participantes internos presento un mínimo de 58 y máximo de 118, con una media de 96,44 y la desviación estándar de 13,72. Por otro lado, los participantes ambulatorios presentaron un mínimo de 72 y máximo de 161, con una media de la población de 108,64 y la desviación estándar de 12,49. En otras investigaciones de Rubio y Alexander (2001), señala que los adultos mayores que viven solos o no están acompañados tiene un nivel de soledad más alto, también, se demostró no existe mucha diferencia de aquellos que viven en compañía (citado en Jürschik, Botigué, Nuin, & Lavedán, 2013). Por lo que, los niveles de soledad son evidentes en ambos participantes, debido a que la ausencia de redes de apoyo, ya sean interpersonales, familiares y sociales, genera así un nivel de soledad elevado.

A continuación, se compara las medias y puntos de corte de los resultados encontrados en la escala ESTE- R.

### Gráfico 3.

#### *Puntos de Corte Escala ESTE- R Adultos Internos*



La figura muestra los resultados de las cuatro dimensiones que conforman la Escala este en participantes Ambulatorios.

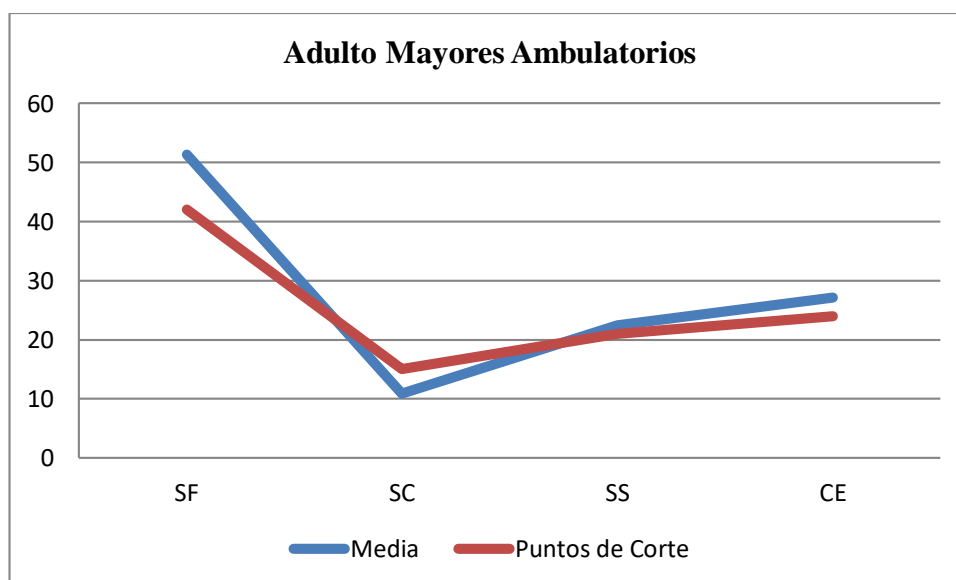
En relación a la dimensión de *Soledad Familiar*, la puntuación es alta, con un nivel de soledad malo, lo cual refiere que el adulto mayor constantemente se siente solo, su vínculo familiar es escaso, tiene sentimientos de insuficiencia para con ellos y poca productividad en el desarrollo de actividades. Por otro lado, la dimensión de *Soledad Conyugal*, la puntuación es baja,

demuestra un nivel de soledad malo, lo que se relaciona a no experimentar afecto, el no sentirse importantes o acompañados en las relaciones que establece y con la pareja en la que se centran, sin embargo, cabe mencionar que estos resultados son evidentes por el estado civil de los adultos mayores.

En relación a la dimensión de *Soledad Social*, tiene una puntuación baja, con un resultado de nivel de soledad malo, el cual refiere que el contacto con otras personas es escaso debido a que se encuentran residentes dentro de una institución de atención, por lo que su círculo de amistades es menor y sienten que no son escuchados y que sus ideas son menos importantes. Por otro lado, en la dimensión de *Crisis Existencial*, la puntuación es alta, demuestra un nivel de soledad malo, lo que significa que la percepción que tiene sobre sí mismo es negativa, no posee la capacidad de enfrentarse a situaciones difíciles, su grado de autoestima es bajo, tiene como resultado poca adaptabilidad a los cambios físicos, psicológicos y emocionales que presenta en el transcurso de esta etapa.

#### Gráfico 4.

##### *Puntos de Corte Escala ESTE- R Adultos Ambulatorios*



La figura muestra los resultados de las cuatro dimensiones que conforman la Escala este en participantes Internos.

En la dimensión de *Soledad Familiar*, tiene una puntuación alta, es un resultado de nivel de soledad malo, lo que significa que, el vínculo con el sistema familiar es poco y genera inseguridades en la calidad de vida del adulto mayor, como el no poder tomar decisiones o sentirse sin apoyo. Por otro lado, la dimensión de *Soledad Conyugal*, tiene una puntuación bajo,

es una respuesta de nivel de soledad malo, lo que quiere decir, que las relaciones personales e interpersonales son insatisfactorias y es posible que genere conflictos en la identidad.

En la dimensión de *Soledad Social*, tiene una puntuación alta, lo que demuestra un nivel de soledad bueno, lo que significa que los participantes ambulatorios tienen contacto con otras personas, ya sean amigos dentro o fuera de la institución en la que se encuentran, son capaces de compartir y contribuir ideas que aporten dentro de la comunidad, algunos de ellos perteneces a asociaciones o grupos con los que se identifican. Por otro lado, en la dimensión de *Crisis Existencial*, su puntuación fue alta, es un resultado de nivel de soledad malo, lo que quiere decir que, el nivel de adaptabilidad y la percepción de sí mismo es insatisfactoria, los cambios biológicos, psicológicos y físicos son situaciones a las que temen enfrentarse.

El nivel de soledad dentro de Participantes Internos tiene diferencias a la de los Participantes Ambulatorios, debido a que, las puntuaciones en cada una de las dimensiones dentro los puntos de corte tiene una diferencia notable, en los participantes internos las dimensiones de: *Soledad Familiar*, *Soledad Conyugal*, *Soledad Social* y *Crisis Existencial*, demuestran un nivel de soledad malo, pero por otro lado, los Participantes Ambulatorios, presentan un nivel de soledad buena en una de las dimensión la cual es Soledad Social.

### **3.2 Análisis Comparativo**

A continuación, se realizará la comparación de los datos obtenidos de ambos grupos independientes (Participantes Internos y Participantes ambulatorios) a fin de establecer las diferencias más representativas del estudio. El tamaño de la muestra se determina en consideración de la población y la condición residencial en los respectivos centros, además los estadísticos utilizados en la tabulación de datos debido al tipo de investigación fue la prueba equivalente T de Student, debido a que nos ayuda a examinar dos muestras independientes y pequeñas con una distribución normal y que tienen homogeneidad (Sánchez, 2015).

#### **3.2.1 Calidad de Vida**

En el análisis que, se presenta a continuación muestra la comparación de *Funciones Sensoriales*, *Autonomía*, *Actividades Pasadas Presentes y Futuras*, *Participación Social*, *Muerte o Morir*, *Intimidad* y *Calidad de Vida* entre los participantes internos y ambulatorios de la muestra, así como la media ( $\bar{X}$ ) y desviación típica (s), también, se presenta la prueba de contaste para el análisis de diferencias significativas ( $p < ,05$ ), por medio del uso de la prueba t de student (t).

**Tabla 6.*****Análisis Comparativo Calidad de Vida***

Dimensiones	Internos		Ambulatorios		Prueba T	
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	t	Sig
Funciones Sensoriales	12,79	3,21	11,50	3,40	1,61	0,112
Autonomía	10,91	2,98	13,94	3,38	-3,91	0,001**
Actividades Pasadas, presentes y futuras	13,58	2,98	15,44	2,61	-2,72	0,008**
Participación Social	11,26	4,17	14,73	2,96	-4,81	0,001**
Muerte o Morir	9,08	4,17	6,85	3,49	2,39	0,019*
Intimidad	9,11	4,58	11,88	5,58	-2,23	0,029*
Calidad de Vida	66,76	9,79	74,35	12,49	-2,78	0,007**

**Nota:** 68 observaciones \* $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$

En cuanto al análisis comparativo de la calidad de vida la dimensión *Funciones Sensoriales* en la diferencia de las medias no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, en las otras dimensiones y el resultado general de Calidad de Vida si se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

En la dimensión *Autonomía* se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios debido a que el valor de la probabilidad asociada es  $p < ,01$  lo que implica en la intervención del azar los resultados obtenidos es inferior al 1%. En otras investigaciones, señalan que el déficit o falta de actividad, ya sea funcional, motor, intelectual, cognitivo y emocional genera dependencia (Gómez & Ferreira, 2014).

En la dimensión *Actividades Pasadas, Presentes y Futuras* se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios debido a que el valor de la probabilidad asociada es  $p < ,01$  lo que implica en la intervención del azar los resultados obtenidos es inferior al 1%. En estudios de Rodríguez (2008), señala que la participación, autorrealización, independencia, son el resultado satisfactorio de todas las actividades realizadas a lo largo de los años.

En la dimensión de *Participación Social* se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios debido a que el valor de la

probabilidad asociada es  $p < ,01$  lo que implica en la intervención del azar los resultados obtenidos es inferior al 1%. En otras investigaciones, señalan que la participación y seguridad limitada, genera baja productividad en las áreas cognitivas, motoras, psicológicas, sociales y emocionales (Oloscoaga, 2014).

En la dimensión de *Muerte o Morir* se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios debido a que el valor de la probabilidad asociada es  $p < ,05$  lo que implica en la intervención del azar los resultados obtenidos es inferior al 5%. En estudios de Uribe, Valderrama y López (2007), señalan que el adulto mayor evita cualquier aspecto relacionado con la muerte, sin embargo, conocen el proceso natural de vida y concluye en la aceptación de la muerte.

En la dimensión de *Intimidad* se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios debido a que el valor de la probabilidad asociada es  $p < ,05$  lo que implica en la intervención del azar los resultados obtenidos es inferior al 5%. Estudios de Gallardo (2002), refieren que las relaciones personales, interpersonales y con sus pares son de gran importancia, debido a que genera seguridad e identidad consigo mismo y los demás.

En el valor global de *Calidad de Vida* se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios, debido a que el valor de la probabilidad asociada es  $p < ,01$  lo que implica que en la intervención del azar los resultados obtenidos son inferior al 1%. De este modo, los participantes ambulatorios son aquellos que poseen una calidad de vida buena o satisfactoria en comparación con los participantes internos, demostrado así las diferencias en cada una de las dimensiones. En otras investigaciones como Krzeimen (2001), tiene los mismos resultados en la que se evidencia que la calidad de vida en adultos mayores va en conjunto con el bienestar en las relaciones sociales significativas, con las vivencias personales, el estilo de vida y las funciones cognitivas (citado en Vera, 2007).

### **3.2.2 Nivel de Soledad**

En el análisis que, se presenta a continuación muestra la comparación de *Soledad Familiar*, *Soledad Conyugal*, *Soledad Social*, *Crisis Existencial* y *Nivel Soledad* entre los participantes internos y ambulatorios de la muestra, así como la media ( $\bar{X}$ ) y desviación típica (s), también se presenta la prueba de contraste para el análisis de diferencias significativas ( $p < ,05$ ), por medio del uso de la prueba t de student ( $t$ )

**Tabla 7.****Análisis Comparativo del Nivel de Soledad**

Dimensiones	Internos		Ambulatorios		Prueba T	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	s	T	Sig
Soledad Familiar	44,76	8,50	51,65	7,30	-3,43	0,001**
Soledad Conyugal	7,82	3,92	10,85	6,29	-2,380	0,021*
Soledad Social	19,88	5,39	22,47	5,28	-1,997	0,050*
Crisis Existencial	26,88	6,46	27,11	8,16	-0,132	0,089
Nivel de Soledad	96,44	13,73	108,665	15,49	-3,438	0,001**

**Nota:** 68 observaciones \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$

En cuanto al análisis comparativo en la dimensión de *Soledad Familiar* se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios debido a que el valor de la probabilidad asociada es  $p < ,01$  lo que implica en la intervención del azar los resultados obtenidos es inferior al 1%. Esto se evidencia en otras investigaciones, en donde refiere que un grado de vulnerabilidad alto, al tener una un deficiente o ausente círculo familiar o apoyo emocional (Quintero, Henao, Villamil & León, 2015).

En cuanto la dimensión de *Soledad Conyugal* se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios debido a que el valor de la probabilidad asociada es  $p < ,05$  lo que implica en la intervención del azar los resultados obtenidos es inferior al 5%. Esto se evidencia en otros proyectos en donde refiere que las personas que estas solas, divorciadas o no tiene una pareja, tiene un nivel de soledad alto (Acosta, García, Vales, Echeverría & Rubio, 2017).

La dimensión de *Soledad Social*, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios debido a que el valor de la probabilidad asociada es  $p < ,05$  lo que implica en la intervención del azar los resultados obtenidos es inferior al 5%. Por otro lado, en la dimensión de *Crisis Existencial* no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Por último, el *Nivel de Soledad* se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes internos y ambulatorios debido a que el valor de la probabilidad asociada es  $p < ,01$  lo que implica en la intervención del azar los resultados obtenidos es inferior al 1%. De

este modo, se evidencia que los participantes ambulatorios tienen un nivel de soledad bueno con relación a los participantes internos, este resultado está presente en cada una de las dimensiones con relación a la calificación global. Es decir que, el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento de la sociedad al estar dentro de un centro de atención especializada y la disminución de la productividad afecta de manera directa en los niveles de soledad en adultos mayores (Cardona, Villamil & Quintero, 2009).

## CONCLUSIONES

A partir de la recolección de información bibliográfica, análisis de resultados se concluye que:

- La calidad de vida en el adulto mayor es la sensación relativa de satisfacción o bienestar, tanto a nivel interpersonal como intrapersonal, con el cual el sujeto se siente en un estado integral, debido a que es un concepto amplio cabe mencionar que esto proviene de varias elementos en los cuales se encuentra, la salud física relacionada con el deterioro cognitivo, el estado psicológico, el nivel de independencia ya sea al realizar actividades o en su vida diaria ,su relación con el ambiente y los otros, en las cuales se manifiestas las relaciones sociales y en nivel de participación. De igual forma, la soledad es un sentimiento que se define como la consecuencia de las interacciones sociales del ser humano, es este caso en el adulto mayor interviene elementos como: las relaciones personales, la dinámica familiar, el desarrollo con la comunidad y las creencias de sí mismo.
- Mediante la aplicación de WHOQoL-OLD, se evidencia en el análisis descriptivo de resultados: en el grupo de participantes internos en la dimensión de *Funciones Cognitivas* presenta una media de 12,79 y los participantes ambulatorios una media de 11,50: en la dimensión de *Autonomía* presenta una media de 10,91 y los participantes ambulatorios una media de 13,94; en la dimensión de *Actividades Pasadas, Presentes y Futuras* los participantes internos tiene una media de 13,59 y los participantes ambulatorios una media de 15,44; la dimensión de *Participación Social* los participantes internos presentan una media de 11,26 y los ambulatorios 14,74: en la dimensión de *Muerte o Morir* los participantes internos tiene una media de 9,08 y los ambulatorios una media de 6,85 y la dimensión de *Intimidad* en los participantes internos presenta una media de 9,11 y los ambulatorios una media de 11,88. Por otro lado, mediante la aplicación de Escala ESTE- R, se evidencia en el análisis descriptivo de resultados: en la dimensión de *Soledad Familiar* en los participantes internos una media de 44,76 y en los ambulatorios una media de 51,35; en la dimensión de *Soledad Conyugal* los participantes internos tiene una media de 7,82 y los ambulatorios una media de 10,85; en la dimensión de *Soledad Social* en los participantes internos tiene una media de 19,88 y los ambulatorios una media de 22,47 y en la dimensión de *Crisis Existencial* los participantes internos presenta una media de 26,88 y los ambulatorios una media de 27,11. Es decir, que en la mayoría de las dimensiones establecidas en cada una de las

variables, los adultos ambulatorios tiene unos resultados superiores o favorables en relación a los participantes internos.

- En cuanto a los datos obtenidos mediante el análisis comparativo, en la variable Calidad de Vida, se concluyó que existen diferencias significativas en los grupos de participantes internos y ambulatorios en las dimensiones de: *Autonomía, Actividades Pasadas, Presente y Futuras, Participación Social, Muerte o Morir, Intimidad y Calidad de Vida Global*; además no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de *Funciones Sensoriales*. Por otro lado, en el análisis comparativo de la variable Nivel de Soledad, se presentó diferencias significativas en los grupos de participantes internos y ambulatorios en las dimensiones de: *Soledad Familiar, Soledad Conyugal, Soledad Social y Nivel de Soledad Global*; además no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de *Crisis Existencial*. Es decir, que existen diferencias en las variables estudiadas y la población de grupos tanto internos como ambulatorios.

## RECOMENDACIONES

Con la finalidad de contribuir a futuras investigación se plantean las siguientes recomendaciones.

- Debido a la contundencia de los resultaos encontrados, se recomienda el uso del cuestionado de Calidad de Vida WHOQoL-OLD y Escala ESTE- R de Nivel de Soledad en poblaciones que pretendan medir estas variables.
- Es importante adaptar los reactivos aplicados que son: Calidad de Vida WHOQoL-OLD y Escala ESTE- R de Nivel de Soledad en la población ecuatoriana, con el fin de conocer las variables, características, que no exista sesgo en las preguntas y respuestas, para que con ello sea fácil de entender para la población de Adultos Mayores.
- Finalmente, debido a que se encontraron diferencias importantes en los grupos estudiados, se sugiere realizar estudios una población más amplia, con el fin de comprobar la consistencia de los resultados hallados en esta investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abuselme, M., Arnold, M., González, F., Guajardo G., Lagos R., Massad, C., Sir, H., Thumala, D., Urquiza, A. (2013). *Inclusión y Exclusión Social de las personas mayores en Chile*. Recuperado de <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=53640>
- Acosta, C.; García, R.; García, J. ; Echeverría, S. & Rubio, L. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 22(3), 364-372. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/320394711\\_CONFIABILIDAD\\_Y\\_VALIDAZ\\_DE\\_UNA\\_ESCALA\\_DE\\_SOLEDAD\\_EN\\_ADULTOS\\_MAYORES\\_MEXICANOS](https://www.researchgate.net/publication/320394711_CONFIABILIDAD_Y_VALIDAZ_DE_UNA_ESCALA_DE_SOLEDAD_EN_ADULTOS_MAYORES_MEXICANOS)
- Acosta, C.; Tánori, J.; Garcia, R.; Echeverria, S.; Vales, J. & Rubio L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(22). 179-188. Recperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535>
- Acosta, C.; Vales, J.; Echeverria, S.; Serrano, D. & Garcia, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-250. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens: Revista Universitaria de Investigación*, 9(1). pp. 93-107. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Alvarado, A. & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Ardila, R. (1995). Psicología y calidad de vida. Innovación y Ciencia. *Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia*, 4(3), 40-46. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/26595141\\_Calidad\\_de\\_vida\\_una\\_definicion\\_integradora](https://www.researchgate.net/publication/26595141_Calidad_de_vida_una_definicion_integradora)

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2). pp. 161-164. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Arias, D. (2014). Investigación comparativa transcontextual en relaciones internacionales narcoviolentas. *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*. 9(22);77-99. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/927/92731753004.pdf>
- Aquilla, A. & Pacurucu, A. (2018). *Calidad de vida en adultos mayores que asisten a un centro de apoyo en cuenca*. (Tesis de Grado). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta bioethica*, 12(2), 193-197. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200008>
- Bazo, M (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Papers*.
- Benavides, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 2(40), 107-111. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Bravo, A. (2000). *Calidad de vida y exigencias éticas*. México: Universidad Iberoamericana.
- Cantuña, C. (2015). *Relación del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que acuden al centro médico tierra nueva, mediante la aplicación del cuestionario sf 36 y escala este , periodo febrero-mayo del 2015*. (Disertación previa a la obtención del título de especialista en medicina familiar). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10255/RELACI%C3%93N%20DEL%20SENTIMIENTO%20DE%20SOLEDAD%20Y%20EL%20ESTADO%20DE%20SALUD%20DE%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES%20QUE%20ACUDE%20AL%20CEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cardona, J., Villamil Gallego, M., Henao, E. & Quintero, A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina upb*, 32(1), 9-19. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159029099002.pdf>
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. & Quintero, A. (2009). Concepto de soledad y percepción que dé su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, *Rev Fac Nac Salud Pública: Colombia*, 27(2), 153-163. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a06.pdf>

- Cardona, J.; Villamil, M.; Henao, E. & Quintero, A. (2010). Validación de la escala ESTE de soledad en la población adulta. *Investigación y Educación en enfermería*, 28(3), 416-427. Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721012>
- Carrillo, S., Gómez, M. & Torrijos, O. (2016). *¿Cuáles son las causas de abandono familiar de los adultos mayores que se encuentran reclusos en el centro san pedro clave en la ciudad de bogota.* (Especialidad de derecho de familia). Universidad de la Gran Colombia. Recuperado de [https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/4462/Causas\\_abandono\\_adultos\\_mayores.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/4462/Causas_abandono_adultos_mayores.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- CEPAL (2011). *Los derechos de las personas mayores: Materiales de estudio y divulgaciones.* Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Recuperado de [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Modulo\\_1.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Modulo_1.pdf)
- Cerquera, A.; Caka, M. & Galvis, M. (2013). Validación de constructo de la escala ESTE-R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia. *Revista Diversitas: Perspectivas en psicología*, 1(9), 45-53. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v9n1/v9n1a04.pdf>
- Cerri, Ch. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital*, 15(2), 111-140. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1502>
- Cevallos, M. (2013). *Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la Parroquia de Conocoto, período 2011-2012 y sus efectos en la calidad de vida.* Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1408/1/TUCE-0013-TS25.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez.* Quito – Ecuador: CEPAL
- Cossio, M., Sáez R., Luarte, C., Lee, C & Gómez, R. (2017). Capacidad funcional de adultos mayores según cambios estacionales. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 37(2), 83-88. Recuperado de <https://revista.nutricion.org/PDF/MACOSSIO.pdf>
- De Miguel, M. (2015). *Síndrome del Nido vacío: ¿Qué pasa cuando los hijos se van?* (Tesis Licenciatura en Psicología). Universidad del Aconcagua. Recuperado de [http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos\\_digitales/516/tesis-3988-sindrome.pdf](http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/516/tesis-3988-sindrome.pdf)

- De Souza, R. (2018). *Bases de entrenamiento deportivo para adultos mayores: Procedimiento de evaluación*. Dykinson: Madrid. Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=BryPDwAAQBAJ&pg=PA150&dq=WHOQoL+OLD+quien+adapto&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiZkofM3aLoAhWHTt8KHxOuDyAQ6AEIKDAA#v=onepage&q=WHOQoL%20OLD%20quien%20adapto&f=false>
- Díaz, L.; Torruco, U.; Martínez, M. & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Elsevier*, 2(7), 162-167. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n7/v2n7a9.pdf>
- Díez, J. & Morenos, M. (2015). *La soledad en España. Fundación Once: España*. Recuperado de [https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/2016/soledad\\_en\\_espana%20\(1\).pdf](https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/2016/soledad_en_espana%20(1).pdf)
- Duran, T. (2016). Función sensorial, capacidad de marcha, función cognitiva y nivel de independencia/dependencia de adultos mayor. (Maestría en ciencias de enfermería), Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/14042/1/1080237792.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Ferrada, L. & Zaval, M. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 123-130. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100011>
- Gallardo, L., Conde, D & Córdova, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*, 27(3), 104-108. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300004&lng=es&tlng=es).
- Gallardo, R. (2002). *Animación sociocultural de la vida diaria en la tercera edad*. País vasco (Spain).
- Gallardo, R. (2002). *Animación sociocultural de la vida diaria en la tercera edad*. País vasco España: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco

- Gavidia, T. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didácticas de la ciencias experimentales y sociales*, 26. Recuperado de <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>
- Gomez,R. & Ferreria, V. (2014). Efectos del entrenamiento de fuerza sobre los niveles de igf-1 y autonomía funcional de adultos mayores. *Revista de Ciencias de la Actividad Fisica*, 15(2), 35-42. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5256/525652729004.pdf>
- Gutiérrez, L. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *México: Papeles de Población*, 5(19). pp. 125-147. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/112/11201908.pdf>
- Gutiérrez, L., García, M. & Jiménez, J. (2014). *Envejecimiento y dependencia: Realidades y previsión para los próximos años*. Academia Nacional de Medicina de México Recuperado de <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
- Gutiérrez, R. & Kershenobich, S. (2012). *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hawkey, L. & Cacioppo, J. (2009). *Loneliness*. Recuperado de <http://psychology.uchicago.edu/people/faculty/cacioppo/jtcreprints/hc09.pdf>
- Henaó, F. & Tirado, A. (2018). *Calidad de vida del adulto mayor, hogar geriátrico vs asilo de anciano*. (Informe final de investigación como requisito parcial para optar al título de psicólogo). Institución universitaria politécnico gran colombiano. Recuperado de <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1399/CALIDAD%20DE%20VIDA%20DEL%20ADULTO%20MAYOR%2c%20HOGAR%20GERI%20c3%81TRICO%20VS%20ASILO%20DE%20ANCIANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, A. (s.d). *Perspectiva Social y actitudes hacia la muerte en la población española*. (Trabajo d Fin de Grado). Universidad de Salamanca. Recuperado de [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132423/TG\\_HernandezEsteban\\_Perspectiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132423/TG_HernandezEsteban_Perspectiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Hernández, F. (2006). El significado de la Muerte. *Revista digital Universitaria*. 8(7), 1-7. Recuperado de [http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago\\_art66.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf)

- Hernandez, J.; Chavez, S. & Yhuri, N. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(4), 680-688. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n4/680-688/es/#>
- Hernández, R. ; Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Recuperado de [https://moodle.pucesa.edu.ec/pluginfile.php/110672/mod\\_resource/content/0/Meodolog%C3%ADa%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20Hernandez%20Sampieri%20y%20colaboradores.pdf](https://moodle.pucesa.edu.ec/pluginfile.php/110672/mod_resource/content/0/Meodolog%C3%ADa%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20Hernandez%20Sampieri%20y%20colaboradores.pdf)
- Herrera, C. & Mora, J. (2016). *Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario whoqol- old en adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor de quito* (Disertación previa a la obtención del título de médico cirujano). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12575/TESIS.%20PERCEPCI%C3%93N%20DE%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20MEDIANTE%20EL%20CUESTIONARIO%20WHOQOL-%20OLD%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20QUE%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Iglesias, J. (2001). La soledad en las personas mayores. *Instituto de migraciones y servicios sociales: Madrid*. Recuperado de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/11/La-soledad-en-las-personas-mayores.pdf>
- INEC (2008). *La población adulto mayor en la ciudad de quito estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica*. Quito: INEC.
- INEC (2009). Salud, bienestar y envejecimiento. *Estadísticas del Adulto Mayor*. Recuperado de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas\\_adulto\\_mayor.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf)
- INEC. (2010). *¿Cómo crecerá la población en Ecuador*. Quito: INEC.
- interpersonales. *Poiésis*, 33, 21-25. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.249>

- Jama V. & Cornejo, J. (2015). Las condiciones socioeconómicas y su influencia en el aprendizaje: un estudio de caso. *Ciencias de la educación*, 2(1), 102-117. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5761667.pdf>.
- Jimenez, J.; Tellez, C. & Esguerra, G. (2011). Conceptualización y medición de la calidad de vida en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(1), pp. 103-124. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/679/67922583008.pdf>
- Jürschik, P.; Botigué, T.; Nuin, C. & Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, 24(1), 14-17. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100003>
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Herder.
- Lorenzo, T., Maseda, A. & Millán, C. (2008). *La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. Instituto Gallego de Iniciativa Sociales y Sanitarias. Recuperado de [http://gerontologia.udc.es/librosL/pdf/la\\_dependencia\\_en\\_las\\_personas\\_mayores.pdf](http://gerontologia.udc.es/librosL/pdf/la_dependencia_en_las_personas_mayores.pdf)
- Malhotra, K. (1997). *Investigación de mercados*. Madrid, España: Prentice Hall
- Malishv, M. (2003). El sentido de la muerte. *Ciencia Ergo Sum: México*. 1(10), 51-58. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/104/10410106.pdf>.
- Martinez, C. (s.d.) El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Artigo Article*, 1(1), 613-619. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- Mayorga, L. (2018). *Soledad y deterioro cognitivo*. (Tesis de Grado). Universidad Técnica de Ambato.
- Mejía L. (2017). *La importancia de los grupos de adultos mayores para el mejoramiento de las relaciones interpersonales*. *Poiésis*, 33, 21-25. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.249>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (2014). *Norma técnica población adulto mayor: Centro y servicios gerontológicos, Modalidad residencial, diurna, espacios alternativos y atención domiciliaria*. Recuperado de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>

- Mishara, B. & Riedel, R. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=P1WSN0NT-hoC&oi=fnd&pg=PA11&dq=envejecimiento&ots=INkLIEm98T&sig=uaDz5aNuorCATVUsmwjaKvGGDYc#v=onepage&q=envejecimiento&f=false>
- Montoya, B. & Montes de Oca, H. (2010). Los adultos mayores del Estado de México en 2008: un análisis sociodemográfico. *Papales de Población*, 16(65), 187-213. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/112/11215313007.pdf>
- Mousalli-Kayat, G. (2015). *Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa*. Mérida, Venezuela.
- Oloscoaga, A. (2014). Participación social y su influencia en la calidad de vida de adultos mayores. (Pre-proyecto de Tesis), *Universidad de la Republica: Facultad de Psicología*. Recuperado de <https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/Pre-proyecto-Participacion%20ciudadana%20y%20vejez.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf..](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf..)
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Atención integrada para personas mayores. Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca*. Recuperado de [https://cenie.eu/sites/default/files/Guia\\_OMS\\_ES-logos.pdf](https://cenie.eu/sites/default/files/Guia_OMS_ES-logos.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Organismos internacionales y envejecimiento*. Recuperado de [http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso\\_envejecimiento/congreso\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista española geriátrica Gerontológica*, 34(2). pp 74-105. Recuperado de [fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/oms_envejecimiento_activo.pdf)

- Ortega, A.; Quinche, A.; Moreno, E. & Alvarez, L. (2018). Validación del test WHOQoL-OLD para determinar la calidad de vida en los adultos mayores de centro geriátricos de la ciudad de Loja-Ecuador. *Ocronos: Revista Médica y de enfermería*. Recuperado de <https://revistamedica.com/validacion-test-whoqol-old-calidad-de-vida/>
- Otzen, T. & Materola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Palacios, D. (2017). *La calidad de vida y el equilibrio dinámico en el adulto mayor*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador.
- Pérez, V. (2005). Deterioro cognitivo: una mirada provisora. *Revista cubana de Medicina Geriátrica*, 21(2), 1-8. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi171-205.pdf>
- Pinedo, R. & López, F. (2015). Soledad social y emocional, factores de riesgo asociados en personas que ejercen la prostitución. *Departamento de Psicología. Facultad de Educación de Segovia Plaza de la Universidad*. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/190375756.pdf>
- Pochintesta, P. (2015). La transición a la viudez en el envejecimiento. Un análisis de las estrategias de supervivencia y la organización de la vida cotidiana. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://cdsa.aacademica.org/000-061/1102.pdf>
- Quintero, A.; Henao, M.; Vallamil, M. & Leon, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomedica: Revista del Insituto Nacional de Salud*, 35(1), 90-100. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/843/84338617012.pdf>
- Ramos, A., Yordí, M., & Miranda, M. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000300014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014&lng=es&tlng=es).
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/282731622\\_LOS\\_PARADIGMAS\\_DE\\_LA\\_INVESTIGACION\\_CIENTIFICA\\_Scientific\\_research\\_paradigms](https://www.researchgate.net/publication/282731622_LOS_PARADIGMAS_DE_LA_INVESTIGACION_CIENTIFICA_Scientific_research_paradigms)

- Remache, A. (2018). *La soledad en el adulto La soledad en el adulto mayor y su incidencia en la calidad de vida, en el Asilo San Vicente de Paúl en Atuntaqui- Antonio Ante en el periodo 2016- 2017.* (Tesis de Grado). Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador.
- Rico, M., Rico, D. & Vega, G. (2014). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 56(3). 287-294. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183l.pdf>
- Robles, A., Rubi, B., Dela Rosa, E. & Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de la calidad de vida en relación a los ciudadanos de salud. *El residente*. 3(11). 120-125. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- Rodríguez, M. & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-146. Recuperado de [http://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3\\_MRodriguez\\_et\\_al.pdf](http://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3_MRodriguez_et_al.pdf)
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&tlng=es..](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&tlng=es..)
- Rojas, M. (2015). Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *REDVET. Revista Electrónica de Veterinaria*, 1(16), 1-14. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/636/63638739004.pdf>
- Rubio, D., Rivera, L. & Borges, L. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona: España*, 61. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Salas, S.; Lobo, S. & Altamirano, A. (2001). Propuesta de indicadores de calidad de vida en las personas adultas mayores institucionalizadas. (Seminario de Graduación). Instituto tecnologico de costa rica escuela administración de empresas. Recuperado de <https://repositoriotec.tec.ac.cr/bitstream/handle/2238/92/BJFAD200214.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez Flores, F. A. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. doi: <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>

- Sánchez G. M. (1998). Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. *Salud, enfermedad y calidad de vida*, 22. 319-40.
- Sanchez, R. (2015). t-Student. usos y abusos. *Revista Mexicana de Cardiología: Hospital de cardiología*. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmc/v26n1/v26n1a9.pdf>
- Secretaría Técnica del Plan de una Vida (2018). *Toda una vida: Intervención emblemática; Misión mis mejores años*. Quito: Ecuador. Recuperado de: [https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/BrochureMisMejoresAn%CC%83os\\_L5.pdf](https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/BrochureMisMejoresAn%CC%83os_L5.pdf)
- Seidmann, S. & Muchnik, E. (2004). *Aislamiento y Soledad*. Recuperado de [https://kupdf.net/download/aislamiento-y-soledad\\_5afb3f82e2b6f5b37e17a7e6\\_pdf](https://kupdf.net/download/aislamiento-y-soledad_5afb3f82e2b6f5b37e17a7e6_pdf)
- Sequeira, D. (2011). *La soledad en personas mayores: Factores protección de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos*. Universidad de Granada. Departamento de Psicología Evolutiva y Educación. Doctorado en Gerontología Social. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/2075887x.pdf>
- Suarez, R. & Pescetto, C. (2005). Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(17). Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26279.pdf>
- Torres, M.; Quezada, M.; Rioseco, R. & Ducci, M. (2008). Calidad de vida de adultos pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista de medicina Chile*, 136(3), 325-333. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v136n3/art07.pdf>
- Troncoso, C. & Amaya, A. (2017). *Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud*. Rev. Fac. Med. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>.
- Universidad de Granada (2010). La soledad en adultos mayores. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Uribe, A. ; Valderrama, L. & López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Colombia: Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/801/80130809.pdf>
- Vazuquez, J. (2004). *La observación científica en el proceso de contrastación de hipótesis y teorías*. Ministerio de Ciencia y Tecnología.

- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3). Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext)
- Víctor, C.; Scambler, S.; Bond, J. & Bowling, A.(2000). *Being alone in later life: loneliness*, Weiss, R.S. (1983). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. World Health Organization; 2009. 1-18
- Young, J.E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp. 379-406). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Zavala, M.; Vidal, D., Castro, M.; Quiroga, P. & Klassen, G. (2006). Funcionamiento Social del Adulto Mayor. *Ciencia y enfermería*, 12(2), 53-62. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000200007>



## ANEXO 2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

### 1. Variables sociales

<b>Edad:</b>  .....	<b>Sexo</b> Masculino ( ) Femenino ( )	<b>Estado Civil</b> Soltera ( ) Casada/o ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) Unió libre ( )	<b>Identificación étnica</b> Mestizo ( ) Indígena ( ) Afro ( ) Blanco ( )
---------------------------	--	---	---

### 1.2 Nivel educativo

Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Tercer nivel ( ) Cuarto nivel ( ) Profesión:
---

### 2. Lugar de residencia

Asilo ( ) <b>Tiempo de residencia</b> Menos de 1 año ( ) Más de 2 años ( ) Entre 3 y 5 años ( ) Más de 5 años ( )	Centro Gerontológico ( ) <b>Cuanto tiempo asiste diariamente</b> De 2 a 4 horas ( ) De 5 a 10 horas ( ) Más de 10 horas ( )
--	---

### 3. Razón de su residencia o tiempo de asistencia

Decisión propia ( ) Decisión de familiares ( ) Comodidad ( ) Mejor atención ( ) Otra ( ).....
--

### ANEXO 3: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOLQ OLD

El siguiente cuestionario tiene como objetivo evaluar la calidad de vida en adultos mayores, consta de 24 ítems y tiene una puntuación de 1 a 5.

Por favor, responda a las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas.

Marque con un “X” la respuesta que mejor considere para cada una pregunta. Por favor conteste todas las preguntas.

1	2	3	4	5
Nada	Un Poco	En moderada Cantidad	Mucho	En extrema Cantidad

	Pregunta	Nada	Un Poco	En Moderada Cantidad	Mucho	En extrema Cantidad
1	¿En qué medida los impedimentos de sus sentidos (por ejemplo visión, gusto, olfato, tacto) afectan su vida diaria?					
2	¿Hasta qué punto la pérdida de sus sentidos (por ejemplo audición, visión, gusto, olfato o tacto) afectan su capacidad de participar en actividades?					
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?					
4	¿Hasta qué punto se siente en					

	control de su futuro					
5	¿Cuánto sientes que la gente que le rodea es respetuosa de tu libertad?					
6	¿Cuán preocupado está de la forma en que usted morirá?					
7	¿Cuánto temes no poder controlar tu muerte?					
8	¿Qué tan asustado estás de morir?					
9	¿Cuánto temes sufrir antes de morir?					
<b>Las siguientes preguntas se refieren a como experimenta o pudieron hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas</b>						
10	¿Hasta qué punto afecta su capacidad de interactuar con los demás problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?					
11	¿En qué medida eres capaz de hacer las cosas que te gustaría hacer?					
12	¿Hasta qué punto está satisfecho con sus oportunidades de seguir logrando en la vida?					

13	¿Cuánto sientes que has recibido el reconocimiento que mereces en la vida?					
14	¿Hasta qué punto siente que tiene suficiente para hacer cada día?					
<b>Las siguientes preguntas le piden que diga cuan satisfecho, feliz o bueno ha sentido sobre varios aspecto de su vida durante las últimas dos semanas</b>						
	<b>Preguntas</b>	<b>Muy Insatisfecho</b>	<b>Insatisfecho</b>	<b>Ni satisfecho no insatisfecho</b>	<b>satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>
15	¿Qué tan satisfecho estas con lo que has logrado en la vida?					
16	¿Qué tan satisfecho esta con la forma en que usa su tiempo?					
17	¿Cuán satisfecho esta con su nivel de actividad?					
18	¿Qué tan satisfecho está usted con su oportunidad de participar en actividades comunitarias?					
	<b>Preguntas</b>	<b>Muy Infeliz</b>	<b>Infeliz</b>	<b>Ni Feliz ni Infelz</b>	<b>Feliz</b>	<b>Muy Feliz</b>
19	¿Qué tan feliz estas con las cosas que espera?					
20	¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial (por					

	ejemplo audición, visión, gusto, olfato, tacto)?					
<b>Las siguientes preguntas se refieren a cualquier relación íntima que usted pueda tener. Por favor, considere estas preguntas como referencia a un compañero cercano u otra cercana con quien pueda compartir más que con cualquier otra persona en su vida</b>						
	<b>Preguntas</b>	<b>Nada</b>	<b>Un Poco</b>	<b>En moderada Cantidad</b>	<b>Mucho</b>	<b>En Extrema Cantidad</b>
<b>21</b>	¿Hasta qué punto sientes un sentido de compañerismo en su vida?					
<b>22</b>	¿Hasta qué punto experimenta el amor en su vida?					
<b>23</b>	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?					
<b>24</b>	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de ser amado?					

**ANEXO 4: CUESTIONARIO DE ESCALA ESTE****ESCALA ESTE**

El siguiente cuestionario tiene como objetivo evaluar el nivel de soledad en adultos mayores interno y ambulatorio, consta de 34 ítems, los cuales constan de una puntuación de 1 a 5.

Marque con un “X” la respuesta que mejor considere para cada una pregunta. Por favor conteste todas las preguntas

1	2	3	4	5
Nada	Rara Vez	Alguna Vez	A Menudo	Siempre

N	Pregunta	Nada	Rara Vez	Alguna Vez	A Menudo	Siempre
1	Me siento solo					
2	¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3	¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted?					
4	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito					
5	Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					
6	Tengo a alguien que llena mis necesidades Emocionales					
7	Contribuyo a que mi pareja sea feliz					

8	Me siento solo cuando estoy con mi familia					
9	Mi familia se preocupa por mí					
10	Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera					
11	Realmente me preocupo por mi familia					
12	Siento que pertenezco a mi familia					
13	Me siento cercano a mi familia					
14	Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco					
15	No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos					
16	Siento que mis amigos entienden mis intenciones y Opiniones					
17	Me encuentro a gusto con la gente					
18	Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo					
19	Me siento aislado					
20	¿Con qué frecuencia sientes que hay					

	gente que realmente te comprende?					
21	Siento que mi familia es importante para mí					
22	Me gusta la gente con la que salgo					
23	Puedo contar con mis amigos si necesito recibir Ayuda					
24	Me siento satisfecho con los amigos que tengo					
25	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones					
26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					
27	Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
28	Siento que soy importante para la gente					
29	Siento que no soy popular					
30	Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					
31	Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes					
32	Siento que conforme me voy					

	haciendo mayor, soy menos útil					
33	A veces siento que la vida no merece la pena ser Vivida					
34	Tengo miedo de muchas cosas					