



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA FEDERACIÓN DEPORTIVA
DE COTOPAXI**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en
Psicología**

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Sofía Rosana Sánchez Constante

Directora:

Mg. Dayamy Lima Rojas

Ambato – Ecuador

Septiembre 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **SOFÍA ROSANA SÁNCHEZ CONSTANTE**, con cédula de ciudadanía **1850398304**, autora del trabajo de graduación intitulado: "CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA FEDERACIÓN DEPORTIVA DE COTOPAXI", previo a la obtención del título profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**, 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 del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, agosto 2024



Sofía Rosana Sánchez Constante

CC. 1850398304

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO**

Tema:

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA FEDERACIÓN DEPORTIVA DE COTOPAXI

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Sofía Rosana Sánchez Constante

Dayamy Lima Rojas, Lic. Mg.

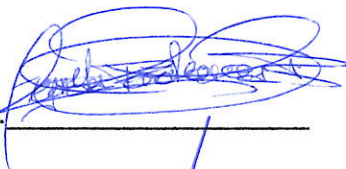
CC. 1756838205

CALIFICADOR

f. 

María Alejandra Peñaherrera Ron, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Lucia Almeida Márquez, Dra. Mg.

DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata. Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 


Ambato – Ecuador

Agosto 2024

DEDICATORIA

A mis padres que con su amor incondicional han guiado cada paso de mi vida. Su apoyo constante y sus sacrificios han sido la base sobre la que he construido mis logros.

A mi chiquita, Annita Sofía, esta tesis es para ti que me has dado amor incondicional, paciencia, fuerza y motivación para alcanzar este logro. Recuerda que eres capaz de lograr lo que te propongas y que cada cosa en nombre de tus sueños valdrá la pena. Con todo mi amor, mamá.

A mis mejores amigos, que con su alegría y compañía han hecho de este camino más llevadero y gratificante.

A mis profesores, por compartir su conocimiento y pasión, inspirándome a dar lo mejor de mí.

Con amor, Sofía Sánchez

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todos los que hicieron posible la realización de esta tesis.

En primer lugar, a mi tutora de tesis Dayamy Lima, por su cariño, paciencia y apoyo incondicional durante este proceso. Su valiosa guía y su constante ánimo fueron esenciales para la culminación de este trabajo.

A mis padres, por su amor incondicional y por enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son esenciales. Su apoyo emocional y económico ha sido fundamental en mi formación académica y personal.

A mis amigos, por estar a mi lado en los momentos difíciles, en las alegrías y los logros. Sus palabras de aliento y su compañía hicieron que este viaje fuera cálido y llevadero.

A la Federación Deportiva de Cotopaxi, por brindarme los recursos necesarios para llevar a cabo mi investigación.

Finalmente, Diego, no tengo palabras suficientes para expresar mi gratitud hacia ti. Durante este proceso has sido mi apoyo, me has dado tu paciencia, tu ánimo y tu cariño que me han sostenido, dándome aliento para seguir. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba, tu presencia fue fundamental para alcanzar este logro, este trabajo no es solo un reflejo de mi esfuerzo, sino también de tu amor. Gracias por estar a mi lado y celebrar este paso conmigo.

Con cariño, Sofía Sánchez

RESUMEN

La población de adultos mayores a nivel mundial ha ido en aumento y por ello es importante el abordaje de su calidad de vida. La investigación tuvo como objetivo analizar la calidad de vida en los adultos mayores de la Federación Deportiva de Cotopaxi con respecto al género y al nivel de ingresos. Se trabajó con una población conformada por 90 adultos mayores a los que se les realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión y exclusión. Finalmente se logró una muestra de 65 adultos mayores a los que se les aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida *WHOQOL-OLD* y la ficha sociodemográfica. Las dimensiones del cuestionario son: Habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, Participación social, Muerte e Intimidad.

Las medias más altas corresponden a las dimensiones de intimidad (17.09) y Participación social (16.15). La media más baja corresponde a la muerte (8.82), lo cual es favorable pues indica poca preocupación por el fin de la vida. La dimensión donde evidencian menor calidad de vida es en autonomía (14.40). En las mujeres las dimensiones con medias más altas son: Actividades pasadas, presentes y futuras (16.15), Participación social (16.24) e Intimidad (16.89), mientras que en los hombres la media más alta está en Intimidad (16.85). En cuanto al nivel de ingresos, los puntajes más altos están en la dimensión Intimidad (Bajo 17.16, Medio 16.75 y alto 18.0). De igual manera las medias más bajas están en la dimensión muerte en los tres niveles de ingreso.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, género, nivel de ingresos.

ABSTRACT

The global population of older adults has been increasing, making it important to address their quality of life. This research aimed to analyze the quality of life of older adults in the Cotopaxi Sports Federation with respect to gender and income level. The study included a population of 90 older adults, using non-probabilistic convenience sampling with inclusion and exclusion criteria. The final sample consisted of 65 older adults who completed the WHOQOL-OLD Quality of Life Questionnaire and a sociodemographic form. The questionnaire dimensions are: Sensory Abilities, Autonomy, Past, Present and Future Activities, Social Participation, Death, and Intimacy.

The highest means correspond to the dimensions of Intimacy (17.09) and Social Participation (16.15). The lowest mean is in the Death dimension (8.82), which is favorable as it indicates little concern about the end of life. The dimension with the lowest quality of life is Autonomy (14.40). For women, the dimensions with the highest means are: Past, Present and Future Activities (16.15), Social Participation (16.24), and Intimacy (16.89), while for men the highest mean is in Intimacy (16.85). Regarding income level, the highest scores are in the Intimacy dimension (Low 17.16, Medium 16.75, and High 18.0). Similarly, the lowest means are in the Death dimension across all three income levels.

Keywords: *older adult, quality of life, gender, income level.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	6
1.1. Calidad de vida (CV).....	6
1.2. Etapa vital de adultez mayor.....	10
1.3. Envejecimiento.....	14
1.4. Calidad de vida en la adultez mayor	16
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	22
2.1. Tipo de investigación	22
2.2. Población, muestra y muestreo.....	25
2.3. Técnicas e instrumentos de investigación.....	27
2.4. Caracterización de la institución	31
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
3.1. Análisis descriptivo del Cuestionario WHOQOL-OLD.....	32
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de la población según los datos sociodemográficos	26
Tabla 2. Estadísticos descriptivos del Cuestionario WHOQOL-OLD.....	32
Tabla 3. Resultados por preguntas de Habilidades sensoriales.....	33
Tabla 4. Resultados por preguntas de Autonomía	34
Tabla 5. Resultados por pregunta de actividades pasadas, presentes y futuras..	34
Tabla 6. Resultados por pregunta de participación social	35
Tabla 7. Resultados preguntas de la muerte.....	36
Tabla 8. Resultados por pregunta de intimidad.....	36
Tabla 9. Medias de calidad de vida de adultos mayores según el sexo y nivel de ingresos.....	37

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Calidad de Vida: definiciones durante el tiempo.....	8
Cuadro 2. Categorías de la Calidad de Vida de Schalock, y Verdugo (2013)	9
Cuadro 3. Cambios de los sistemas del cuerpo humano en el anciano	12
Cuadro 4. Subjetividad y objetividad en la calidad de vida.....	20
Cuadro 5. Dimensiones, preguntas y opciones de respuestas del WHOQOLD-OLD	28

INTRODUCCIÓN

La investigación presente, se centra en el estudio de la calidad de vida de adultos mayores, específicamente en un centro gerontológico. En la vejez, existen diversos factores que ponen en riesgo el bienestar del adulto mayor, lo que incrementa el índice de consecuencias y mortalidad de este grupo etario. Así, este colectivo requiere un mayor estudio y mejor prestación de servicios de cuidado y atención. A continuación, se presentan investigaciones de impacto, nacionales e internacionales, sobre la temática propuesta, donde se analizan los resultados principales de estos estudios, centrados en diferentes grupos de ancianos.

Una revisión sistemática sobre la calidad de vida y el bienestar en personas adultas mayores pertenecientes a grupos voluntarios donde se analizaron 89 artículos realizados en 14 países de los cinco continentes se encontró que la calidad de vida de este grupo depende de varios factores, que son específicos para cada región y país. Además, se debe considerar la cultura, influencia social y la percepción del concepto calidad de vida. Adicionalmente, los aspectos significativos que ayudan al bienestar son mantener conexiones familiares, participación en actividades valiosas y fomentar las relaciones significativas, al igual que, practicar la espiritualidad (Rodríguez-Martínez, De la Fuente-Robles, Martín-Cano y Jiménez-Delgado, 2023).

Adicionalmente, un estudio transversal realizado en Suecia, para evaluar la calidad de vida de 78 ancianos con más de 65 años, que viven en residencias gerontológicas mediante la aplicación de dos cuestionarios (*WHOQOL-OLD* y *WHOQOL-BREF*) entre 2015-2017, obtuvo los siguientes hallazgos: las personas adultas mayores evaluadas reportaron baja autonomía respecto a la poca oportunidad para participar en actividades cotidianas, es decir, no lograban realizar las cosas que les gustaba hacer (Sandgren, Arnoldsson, Lagerholm y Bökberg, 2021). Esto debe ser tomado en cuenta por las personas que prestan sus servicios en centros gerontológicos, debido a que se deben crear actividades frecuentes para involucrarlos en actividades significativas para ellos.

Respecto a investigaciones cercanas a la realidad de este estudio, en contextos hispanohablantes, se menciona la investigación de Soria y Montoya (2017), sobre las características sociodemográficas, económicas y de salud de personas adultas mayores del Estado de México, donde los resultados fueron que más de la mitad de la población estudiada carece de condiciones adecuadas en su calidad de vida y se muestran los factores relacionados, tales como escolaridad, estado civil y condición de derecho habiencia, es decir, el derecho de recibir servicios médicos en instituciones privadas o públicas debido a prestaciones laborales, contar con pensión o jubilación, tener seguro médico o por beneficiario por familia.

En ese sentido, resulta importante mencionar que existen diversos factores que pueden afectar la calidad de vida. Así, las buenas condiciones de vivienda, tener estudios académicos formales, contar con servicios médicos frecuentes, implicarían un índice más alto de calidad de vida, específicamente, en el colectivo de adultos mayores. Del otro lado, los índices de calidad de vida disminuyen, cuantos más factores de riesgo aparezcan, como condiciones geriátricas, depresión, residir en zonas rurales, no saber leer ni escribir y estados de abandono y vulnerabilidad, entre otras (Cigolle, Langa, Kabeto, Tian y Blaum., (2007), citado en Greene, Ahalt, Stijacic-Cenzer, Metzger & Brie Williams, 2018; Huerta, 2015, Jia et al., 2018 y Soria y Montoya, 2017).

En Chile, sobresale una investigación realizada por Piña, Olivo, Martínez, Poblete y Guerra (2022), en el que se identificaron diez factores socioculturales. La CV es el factor más relevante para la investigación, misma que hace referencia a la relación que existe entre el contexto demográfico y la vejez, etapa en la que se ha hallado que el adulto mayor es desalojado de su rol dentro de la sociedad. Desde este punto se encuentra la necesidad de un avance en la comprensión del envejecimiento, donde se mejoren las condiciones para que los adultos mayores alcancen un nivel de salud y calidad de vida plena y digna.

En Ecuador, se resalta la investigación realizada por Herrera y Mora (2018), cuyo objetivo fue estudiar la percepción de calidad de vida (CV) de la vejez y su relación con variables sociodemográficas en adultos mayores de la consulta externa del

Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en 2016. Se recabó que, el 85% de los 249 participantes percibe su CV como buena. Algunas de las variables que aumentaron los puntajes de CV fueron: vivir con parejas o con su pareja e hijos; mayor grado de escolaridad; no poseer alteraciones auditivas, reumatológicas, visuales, neumológicas y neurológicas. Se rescata que la edad fue una variable que tuvo una relación inversa débil, pero significativa con el puntaje de CV, donde, a mayor edad del participante, menor calidad de vida.

También, se menciona el trabajo realizado por Arévalo, Game, Padilla y Wong (2021), que evaluó la calidad de vida en 500 adultos mayores profesionales de Ecuador a partir de ciertos predictores del bienestar subjetivo mediante la Escala de Satisfacción con la Vida, el índice de Calidad de Vida relacionada con la Salud, la importancia de la familia y el índice de Independencia en las Actividades de la vida Diaria. Los hallazgos mostraron que la satisfacción con la situación económica, una buena percepción de salud, la familia, la independencia en actividades diarias fueron predictores de una mejor calidad de vida en adultos mayores. Por otro lado, los adultos mayores no profesionales explican que una mala percepción de salud implicaría una calidad de vida menor.

En los trabajos académicos revisados se evidencia que la calidad de vida del adulto mayor se deteriora debido a su proceso de envejecimiento y múltiples factores económicos, sociales, sociodemográficos, de salud, entre otros. Por lo que, el estudio de la calidad de vida en esta población es imprescindible, aún más en el contexto ecuatoriano, pues las investigaciones en este grupo etario no son suficientes, especialmente en la región Sierra y especialmente en el cantón Cevallos, donde en su centro gerontológico no se han realizado investigaciones que analicen este variable en adultos mayores.

En la Federación Deportiva de Cotopaxi hay un grupo de gimnasia conformado por adultos mayores, en los que se evidencian problemas de salud física que repercuten en su calidad de vida, así como expresiones que indican falta de perspectiva a futuro. El grupo es heterogéneo en cuanto a nivel socioeconómico, por lo que hay algunos que tienen posibilidades objetivas para desarrollar

actividades de socialización como paseos pero en cambio, otros apenas se limitan a la interacción social en la Federación.

A partir de lo anterior se delimita como problema científico: ¿Cómo es la calidad de vida de los adultos mayores de la federación deportiva de Cotopaxi con respecto al género y el nivel socioeconómico? La hipótesis es que existen diferencias significativas en la calidad de vida en adultos mayores de la federación deportiva de Cotopaxi con respecto al género y el nivel socioeconómico.

Objetivo general

Analizar la calidad de vida en los adultos mayores de la Federación Deportiva de Cotopaxi con respecto al género y al nivel de ingresos.

Objetivos específicos

1. Fundamentar teóricamente la calidad de vida en los adultos mayores.
2. Diagnosticar la calidad de vida de los adultos mayores de la federación deportiva de Cotopaxi.
3. Describir la calidad de vida de los adultos mayores de la federación deportiva de Cotopaxi en cuanto a género y nivel de ingresos.

Para la investigación se usó un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental de corte transversal con alcance descriptivo. Se trabajó con la población de adultos mayores de la federación deportiva de Cotopaxi a los que se les aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El criterio de inclusión fue contar con el consentimiento informado del participante y el criterio de exclusión de padecer alguna patología que provoque un deterioro cognitivo moderado o grave que impida dar respuesta al instrumento aplicado. Se recolectaron los datos con el instrumento Cuestionario de Calidad de Vida *WHOQOL-OLD* y la ficha sociodemográfica.

La importancia de esta investigación se encuentra en el nulo trabajo científico en el grupo de adultos mayores pertenecientes a la Federación Deportiva de Cotopaxi.

El estudio de la calidad de vida permitirá un trabajo holístico y multidisciplinar para evitar estragos en la salud de este grupo etario, que es de atención prioritaria. Además, este trabajo de investigación permite sentar el precedente de investigación en los adultos mayores de la Federación Deportiva de Cotopaxi, ubicado en el cantón Latacunga.

La factibilidad de este estudio se encuentra en la apertura y ayuda de la Federación Deportiva de Cotopaxi para estudiar la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al mismo. Además, el material bibliográfico internacional y nacional, permite evaluar la calidad de vida y los factores asociados a ella, que pueden funcionar como factores predictores positivos o negativos de bienestar. También, este estudio es factible debido a la evaluación que se puede realizar con un instrumento estandarizado que permite el análisis de la variable calidad de vida.

La calidad de vida de los adultos mayores se ha visto afectada debido a que se encuentran en un estado de vulnerabilidad debido a factores socioeconómicos. Con el paso del tiempo, el envejecimiento abre campo a que factores cognitivos, su aporte a la sociedad, las relaciones interpersonales, su autonomía se encuentre en decrecimiento, por lo que se afecta el desenvolvimiento adecuado del adulto mayor dentro del día a día, lo que disminuye el nivel de calidad de vida de este grupo. A partir de los resultados será posible el diseño e implementación de propuestas de intervención que contribuyan a mejorar esta problemática.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Calidad de vida (CV)

La calidad de vida (CV) es un concepto complejo y multifactorial considerado como una pieza clave en el bienestar general de una persona como individuo y como grupo. Diversos autores como De Lira et al. (2020), Dijkstra et al. (2015), Grolli et al. (2021) y Zhang et al. (2016), explican que la CV está ligada a diversas aristas de la vida como el área física, aspectos funcionales, cognitivos, sociales y sentimentales que reflejan cómo se encuentra la salud de una persona durante su desarrollo en el tiempo. Adicionalmente, los factores económicos, sociales y culturales del ambiente donde se desarrolla una persona y los valores del individuo se relacionan con la CV (Varela, 2016). Se sugiere que la calidad de vida es un concepto subjetivo que varía en dependencia del contexto o ambiente en el que se encuentre la persona y de su percepción de salud.

En sintonía con lo anterior, en los años noventa el término CV aparece como un concepto vinculado a la salud para explicar que la duración de la vida depende y está enlazado a varias limitaciones sobre el estado corporal, percepciones de salud y oportunidades sociales, influidas por patologías, lesiones, tratamientos y políticas de sanidad (Paterne, Bardales y Martínez, 2012). La premisa anterior sugiere que la CV considera cómo las enfermedades y la forma de tratarlas impactan el bienestar y la satisfacción.

Dentro de la CV, se debe considerar una gama de criterios para evaluar el bienestar, comenzando por las condiciones de vivienda misma en la que se debe examinar el presupuesto que se destina. Luego, es importante analizar los ingresos y el patrimonio financiero de los individuos y familias, también se debe evaluar la estabilidad del empleo y las altas tasas de desempleo en la población. La calidad de las redes de apoyo familiares y sociales también es un factor relevante. Asimismo, el acceso a una educación de calidad y sus beneficios son fundamentales para el bienestar general de la sociedad. La calidad del medio

ambiente juega un papel crucial en la salud y la prosperidad de una población (Banco Bilbao Vizcaya Argentaria BBVA,2024).

Según (Ureña,2021) uno de los modelos propuestos es el de Robert Schalock y Miguel Ángel Verdugo en 2013, destaca por ser un enfoque amplio y comprensivo para evaluar la calidad de vida. Tiene un carácter multidimensional, mismo que considera los diferentes aspectos que afectan el bienestar de las personas. Este enfoque no se limita a una cultura o contexto específico, sino que se reconoce como universal, aplicable a diversas poblaciones y situaciones. Además, reconoce la interacción entre factores personales y ambientales en la determinación de la calidad de vida de un individuo.

Con relación a lo mencionado en el párrafo anterior, al combinar componentes objetivos, como las condiciones materiales y sociales, con componentes subjetivos, como las percepciones y experiencias individuales, este modelo ofrece una visión integral y equilibrada. También resalta la importancia de los recursos disponibles y la capacidad de cada individuo para perseguir y alcanzar sus propios objetivos de vida. Como último punto, este modelo promueve la idea de que la calidad de vida mejora cuando las personas tienen la libertad de tomar decisiones, cuentan con los recursos necesarios y pueden desarrollar un proyecto de vida personalizado y significativo (Ureña, 2021)

Resulta difícil conceptualizar a la CV pues existe un factor determinante de esta, la individualidad de cada sujeto, es decir, sus particularidades (edad, raza, género, etc.), por lo que su conceptualización se extrae desde una visión multidimensional que incluye varios elementos y aspectos como el ambiente, cultura, economía, servicios de salud, tratamientos, satisfacción, actividades recreativas, entre otros. Cada dimensión de la CV contiene componentes objetivos medibles y subjetivos, basados en la percepción, con conflictos en la medición (Suárez, Arosteguí, Remache y Rosero, 2022).

Al respecto, Rodríguez y Canedo (2016), explican que la CV depende de la percepción del individuo en dependencia de dos factores: externos o ambientales

contextuales e internos, relacionados a la satisfacción del sujeto. Estos se hallan influidos por su salud física y mental; el estado de dependencia; cómo se encuentra a nivel social, sus relaciones y el ambiente donde se desarrolla. El concepto de la CV se modifica en dependencia de los avances y la civilización, por lo que, resulta imprescindible marcar distintas definiciones a lo largo del tiempo, como se muestra en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Calidad de Vida: definiciones durante el tiempo.

Autor/es	Definiciones y descripciones
Liu (1978)	"Puede tomarse en un momento particular en el tiempo como una función de los aportes sociales, económicos, políticos, de bienestar, salud, educación y ambientales; que son cuantificables" (p. 249).
Cutter (1985)	"Se define como la felicidad o satisfacción de un individuo con la vida y el entorno, incluidas las necesidades y deseos, aspiraciones, preferencias de estilo de vida y otros factores tangibles e intangibles que determinan el bienestar general". (p. 1)
El grupo WHOQOL (1993)	"Se define como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones". (p. 153)
Savaris et al. (2000)	"Es el nivel general de bienestar y satisfacción que las personas disfrutan a partir de una combinación de su entorno social, económico y comunitario y sus condiciones físicas y materiales". (p.39)
Constanza et al. (2007)	"Es la medida en que las necesidades humanas objetivas son satisfechas en relación con las percepciones personales o grupales del bienestar subjetivo". (p. 269)
Soleimani et al., (2014)	"La calidad de vida se considera uno de los conceptos fundamentales de la era contemporánea. Trata de evaluar el nivel de bienestar general de las comunidades". (p.1589).
Bhatti et al. (2017)	"Es una medida de bienestar social y satisfacción de individuos en un área". (p. 1193)

Fuente: Modificado a partir de Estoque et al. (2018) y Suárez et al. (2022).

Nota: Las definiciones y descripciones fueron traducidas al español.

En el cuadro 1 se verifica la diversidad de definiciones acerca de la CV, donde el término abarca múltiples aspectos ligados a lo social, cultura, bienestar, emociones, necesidades y satisfacción. Suárez, Arosteguí, Remache y Rosero (2022), explica el término percepciones de salud, entendida como las creencias, experiencias,

percepciones y expectativas del sujeto sobre el estado de salud de sí mismas, por lo que se puede aseverar, según Robles, Rubio, de la Rosa y Nava (2016) que dos personas pueden tener una condición de salud igual, pero su calidad de vida varía en dependencia de lo expuesto.

Respecto al nivel multidimensional de la CV, se resalta el trabajo realizado por Schalock y Verdugo (2013), en el cual proponen tres categorías que determinan el estado real de la CV de las personas. Estas categorías y dimensiones se resumen en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Categorías de la Calidad de Vida de Schalock, y Verdugo (2013)

Categoría	Dimensión	Ejemplificación
Bienestar	Bienestar físico	Salud, estado nutricional, recreación, ocio.
	Bienestar material	Estado financiero, empleo, vivienda.
	Bienestar emocional	Seguridad y protección, ausencia de estrés.
Independencia	Desarrollo personal	Nivel educativo, habilidades personales.
	Autodeterminación	Elecciones/decisiones, autonomía, objetivos personales.
Participación social	Relaciones interpersonales	Redes sociales, amistades, actividades sociales, interacciones.
	Inclusión social	Participación en comunidades, apoyos.
	Derechos	Humanos y legales.

Fuente: Tomado de Fajardo, Córdoba y Enciso (2016).

Los AM, se desarrollan en una etapa de su vida donde existe un claro detrimento natural de las condiciones físicas, biológicas, intelectuales, psicológicas y de carácter emocional. Por lo que, un entorno social positivo, funcionaría como garantizador de un aumento del bienestar emocional de la persona que transita la vejez. Por esto, el punto de partida para contrarrestar este declive debería apoyarse en ambientes seguros que provean al anciano de apoyo social, seguridad, protección y libertad para redescubrir esta nueva etapa de vida, sus alcances y perspectivas (Hernández, Solano y Ramírez-Leal, 2021).

Para una buena calidad de vida, existen diversos factores que contribuyen, así como los factores biológicos y genéticos, psicológicos, socioculturales y

ambientales. Dentro de los factores biológicos y genéticos, se encuentra la predisposición ante ciertas enfermedades y en la respuesta que se tenga ante los tratamientos, misma que afecta directamente al estado de salud, su capacidad funcional e independiente de la persona e incluso presentando una enfermedad crónica (Genetics Home Reference, 2023).

Otro factor que influencia directamente a la calidad de vida es el aspecto psicológico, mismo que hace referencia a la percepción de la calidad de vida, Diener et al. (2018) menciona que el bienestar es algo subjetivo que integra la satisfacción de la vida misma y el balance emocional, teniendo en cuenta que la autoestima, la resiliencia, la salud mental y las estrategias de afrontamiento de las personas se vuelven sumamente importante para aportar hacia el camino de la buena calidad de vida.

El factor sociocultural, es uno de los factores menos tomados en cuenta, pero es igual de importante que el resto, el entorno es donde moldea a la persona sobre la experiencia de calidad de vida en base a la sociedad y la cultura en las que se desarrollaron. El tener contacto con otras culturas ayuda a que cada uno pueda evaluar su calidad de vida y poder conceptualizar su propio bienestar. Ciertos aspectos son importantes de mantener como lo son las relaciones, el apoyo social, normas y valores culturales (Uchida y Oishi, 2016).

1.2. Etapa vital de adultez mayor

El concepto adulto mayor (AM) es un término que engloba a las personas que se encuentran en una de etapa vital denominada vejez, llena de cambios físicos y psicológicos, al igual que una vasta experiencia y vivencias. En la actualidad, la expectativa de vida ha aumentado por diversos factores, entre ellos, los avances médicos y de atención. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) reporta que, para el año 2030, la población de adultos mayores subirá de 1000 millones a 1400 millones y que para 2050, dos tercios de la población que tiene 60 años, o más, vivirá en países de bajos y medianos ingresos.

Según Papalia (2017), el adulto mayor se clasifica en tres etapas. Esta clasificación se la realiza por la edad funcional que tienen, el viejo joven hace referencia a una persona activa y vigorosa, su rango de edad es de 65 a 74 años. Los viejos se encuentran en un rango de edad entre los 75 y 84 años, siendo estas personas enfermas sin importar la edad, mientras que los viejos de edad avanzada, se los reconoce fácilmente debido a su fragilidad, generando así una dificultad notoria al momento de realizar las actividades de la vida cotidiana y tienen de 85 años en adelante.

Generalmente, el intervalo de edad en el que se encuentra el AM depende del país. Por ejemplo, según la OMS (2015), se considera a una persona AM cuando esta tiene 60 años o más. Mientras, en Ecuador, según la Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2019), una persona es AM cuando cumple los 65 años de edad. Como se mencionó, diversos factores amplían la esperanza de vida, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2024), en Ecuador “las proyecciones prevén que la población de adultos mayores se triplique, con 125 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años en 2050, en comparación con las 38.8 actuales” (párr. 7).

Existen distintos vocablos para señalar al AM, entre estos, se usan como sinónimos los siguientes: anciano, edad senil, senectud, tercera edad, entre otros. Sin embargo, es transcendental mencionar que la existencia de una vasta terminología para referirse al AM no implica que todos compartan las mismas características. Así, el envejecimiento, como proceso sistemático, producido a lo largo de la vida, no implica que el grupo anciano comparta las mismas características físicas, cognitivas o de salud (Abaunza et al., 2014)

El AM, tiene un rol fundamental dentro del núcleo familiar, este puede variar dependiendo de los factores culturales, familiares y circunstanciales individuales y colectivos. En muchas culturas la población de AM se consideran seres llenos de conocimiento, prudencia, transmisor de tradiciones familiares y de experiencia ante las situaciones a las que se enfrentan diariamente su familia, de esa manera enriquece a la familia en varios sentidos. Es importante reconocer que el papel del

AM puede cambiar según el paso del tiempo y la dinámica familiar, es importante mantener el ambiente de apoyo dentro de la familia para garantizar el bienestar del adulto mayor y del resto de integrantes (Placeres, León y Delgado, 2011).

No obstante, el grupo de la tercera edad pasa por una condición temporal de vida, la vejez, marcada por cambios morfológicos y fisiológicos de varios sistemas del cuerpo humano. El cuadro 3 resume algunos de estos cambios, que pueden variar, sin embargo, se presentan de forma común en la mayoría de los ancianos:

Cuadro 3. Cambios de los sistemas del cuerpo humano en el anciano

Sistema	Cambios en el AM
Renal	La edad es un factor de riesgo para padecer Enfermedad Renal Crónica (ERC), donde existe mayor prevalencia en ancianos mayores de 70 años (Shastri et al., 2011).
	La capacidad para concentrar orina disminuye en un 20% cuando las personas inician la sexta década de vida (Zhou, Saxena, Liu, Vaziri, y Silva, 2008).
Nervioso Central	Menos masa cerebral.
	Menor velocidad de procesamiento.
	Disminución de la memoria de trabajo (MT).
	Menor destreza motora.
	Las células del SNC cambian por el envejecimiento y aumenta el estrés oxidativo, lo que genera la acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos (Mattson y Magnus, 2006).
Muscular	Pérdida de masa muscular.
	Infiltración de grasa.
	Disminución de fuerza y aumento de fragilidad (Baylis y Corman, 1998).
Cardiovascular	El aumento de la rigidez cardíaca es algo común en la vejez, por el cambio en la pared arterial, que genera hipertensión arterial.
	Mayor riesgo de arritmias.
	El envejecimiento causa hipertrofia de las arterias de resistencia, lo que aumenta la presión arterial (Salech, Jara y Michea, 2012).

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la premisa anterior, existen algunas características que se asocian comúnmente al AM, donde Molina y Camino (2024), concuerdan en que este grupo

se puede caracterizar por: una menor capacidad física generada por la pérdida de masa muscular, disminución de su densidad ósea y reflejos ralentizados; tendencia a las enfermedades crónicas (cardíacas, diabetes, cáncer y demencias); cambios cognitivos relacionados a memoria, atención. Además, remarcan los cambios sociales debido a sus roles y adaptaciones por pérdidas o jubilación y cambios emocionales por la magnitud de emociones que pueden experimentar por los cambios, donde la ansiedad, depresión, estrés y soledad son las que más pueden sentir.

Por lo que, se argumenta que el este colectivo etario pertenece a una población diversa, con necesidades complejas, que se deben tratar con sumo cuidado. A su vez, es importante caracterizar a la población de la tercera edad en el territorio de estudio, Ecuador. Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2015):

45% en condiciones de pobreza y extrema pobreza por necesidades básicas insatisfechas (424.824 AM); 42% vive en el sector rural. (395.180 AM); 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo; 14,9% son víctimas de negligencia y abandono; 74,3% no accede a seguridad social de nivel contributivo. (párr. 3)

Del anterior párrafo, se argumenta que existen varios casos, donde la población de adultos mayores no cuenta con condiciones de bienestar dignas, donde la causa mayoritaria se atribuye a los ingresos y pobreza. Además, existen condiciones de maltrato, abandono y negligencia, lo que implica que la calidad de vida de este grupo etario se ve afectada. Por estas razones, se origina la importancia de instituciones y centros que brinden atención y servicios de cuidado y promoción de salud y bienestar hacia los AM, que, un alto porcentaje, se encuentran en situaciones de fragilidad, dependencia o que son maltratados. Estas son los centros gerontológicos, cuyo objetivo es ofrecer al AM, familias o cuidadores el cuidado de su salud y bienestar.

1.3. Envejecimiento

Definir al envejecimiento resulta una tarea complicada debido a que es un proceso con varias dimensiones, donde su significado varía y se determina bajo diversos factores. Para Piña, Olivo, Martínez, Poblete y Guerra (2022), estas determinantes son el “contexto sociocultural, histórico, económico y político, siendo los roles sociales de las personas mayores asociados a vivencias de discriminación en las que no se valora su aporte a la sociedad” (p. 9). Por otro lado, existen varias definiciones sobre envejecer, término relevante en el siglo XX, para referirse a distintos procesos físicos, cognitivos, de sistemas y órganos que se modifican a lo largo de las etapas de la vida, comúnmente asociados al fallecimiento (Couso, 2008).

Al término envejecimiento se le ha otorgado más de una denominación, dentro de estas se encuentra la vejez que hace referencia a que la persona ha vivido muchos años, siendo esta la última de las etapas del ciclo vital y sufre un declive en su salud. La ancianidad se refiere a que esta etapa comienza a partir de los 60 años generando una disminución de su fuerza física y una baja actividad mental, tercera edad hace mención de que tiene varias dimensiones como al factor biológico, psicológico, social y económico, por otro lado, se han visto cambios dentro del funcionamiento psicológico y emocional. Por último, está la longevidad, que significa larga vida, refiriéndose a que ha vivido por bastante tiempo con salud y vida adecuada (Alvarado y Salazar, 2014).

El envejecimiento es un proceso natural y secuencial que se caracteriza por una serie de cambios en el cuerpo y la mente a lo largo del tiempo. A diferencia de eventos inesperados como un accidente, el envejecimiento se desarrolla gradualmente, marcando transformaciones en el cuerpo, así como en procesos cognitivos y emocionales, con el paso del tiempo se reflejan las etapas de la vida mismas que se ven influenciadas por factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. Mientras algunos aspectos del envejecimiento pueden ser desafiantes, también pueden ofrecer oportunidades para el crecimiento personal y el desarrollo de la sabiduría (Mishara y Riedel, 2000), citado en Conde-Ruiz y Gonzales, 2021).

Por su parte, la OMS (2022) desde la biología, define al envejecimiento como el complejo resultado del cúmulo de varios daños a nivel molecular y celular durante el tiempo, por lo que, supone un desgaste progresivo de varias capacidades orgánicas y cognitivas con aumento de la tendencia a enfermarse y, en lo posterior, morir. No obstante, el proceso de envejecer no es lineal ni uniforme, es decir, los cambios de este resultado se asocian relativamente con la edad de la persona. Para ejemplificar, una persona anciana de 70 años puede tener una condición física y cognitiva excelente, versus otro AM, que puede requerir apoyo o ayuda parcial o total para satisfacer necesidades. Por lo que se resalta que el envejecimiento está fuertemente influenciado por más factores, donde se destaca al ambiente/contexto y el comportamiento del individuo (OMS, 2015).

Conjuntamente, para Anton et al. (2015) citado en Pinilla, Ortiz y Suárez-Escudero (2021) el envejecimiento resulta una tarea para la atención sanitaria, debido a la menor capacidad del organismo para adaptarse al entorno por los cambios a nivel biológico, psicológico y social. Estos autores resaltan al envejecimiento como un mecanismo que deteriora el cuerpo a causa de la edad por factores biológicos como la reducción del estado bioenergético celular, daños en el ADN, decadencia neurológica, reducción de la masa, fuerza de los músculos (sarcopenia), cambios en el metabolismo y hormonales, entre otros.

El proceso de envejecimiento no se limita únicamente a cambios físicos y fisiológicos; también implica una serie de transiciones emocionales, sociales y psicológicas. Estas transiciones incluyen enfrentar el duelo por la pérdida de seres queridos, como el fallecimiento de cónyuges o amigos, lo cual puede impactar profundamente en la calidad de vida de los individuos mayores. Además, este proceso conlleva ajustes significativos en el estilo de vida, como la jubilación o la necesidad de trasladarse a viviendas más adecuadas para las necesidades de salud y seguridad. Desencadenan una variedad de emociones y desafíos que deben ser abordados de manera adecuada para garantizar el bienestar integral de las personas mayores en nuestra sociedad (OMS, 2022).

Es crucial reconocer que, durante esta etapa, la mente debe adaptarse a un declive que típicamente se asocia con el envejecimiento. Este declive puede manifestarse en diversas formas, desde la disminución de capacidades cognitivas hasta la aparición de condiciones de salud física más frágiles. Como resultado, la calidad de vida de los adultos mayores puede verse afectada significativamente. Estas reflexiones no solo nos llevan a considerar los aspectos individuales del envejecimiento, sino que también nos acercan a una comprensión más amplia de la calidad de vida, que debe ser interpretada dentro del contexto cultural y los valores predominantes en la comunidad estudiada.

Por otro lado, el concepto del envejecimiento activo ha emergido como un modelo al examinar los aspectos positivos del proceso de envejecimiento. Se fundamenta en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización establecidos por las Naciones Unidas. Este enfoque fue adoptado en la 52ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 22 de mayo de 1999 donde se resaltaron puntos clave, incluyendo el papel la salud como predictor de un envejecimiento satisfactorio, la necesidad de atender a las personas mayores en los países en desarrollo, así como las desigualdades y la pobreza (Ramos, Yordi y Miranda, 2016).

El envejecimiento se encuentra clasificado en dos partes, el envejecimiento primario es considerado un proceso secuencial e inevitable en el que se evidencia un deterioro corporal visible debido al paso de los años, sin importar lo que el sujeto haya hecho con tal de aplazarlo. Por otro lado, se encuentra el envejecimiento secundario, el mismo que hace referencia a que este es un deterioro debido a alguna enfermedad, abuso o la inactividad física que haya presentado la persona durante el transcurso de los últimos años (Papalia, 2017).

1.4. Calidad de vida en la adultez mayor

La calidad de vida es un término relativamente nuevo. De acuerdo a textos de historia, esta fue usada por primera vez en 1964, por el presidente de Estados

Unidos, Lyndon Jhonson en un discurso sobre salud. No obstante, dicho término fue empleado en distintos contextos y enfoques, pero su concepto abarca a la medicina, economía, cultura, religión, entre otras (Cuenca, 2008, citado en Aponte, 2015). En los años noventa, su concepto se vinculó a la salud y la definición que le otorga Paterne, Bardales y Martínez (2012) hace referencia al “valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias” (p.200).

La calidad de vida de los AM, son el resultado final de la relación entre diferentes características de situaciones que se ha suscitado a lo largo de la humanidad como la vivienda, vestimenta, alimentación, nivel y calidad de educación y el entorno al que ha estado expuesto a lo largo de su vida. Dichas características influyen de manera individual en su salud física y mental, en el caso de las personas que no han experimentado buenas características si existe un deterioro en la memoria, el temor ante el abandono, invalidez, dependencia de terceras personas y la muerte (Vera, 2007 citado en Mercado, 2015).

La calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con el reconocimiento social que se les otorgue. A raíz de las relaciones sociales significativas que ha creado o mantenido a lo largo de su vida, los AM consideran la tercera edad una etapa más de su vida y la desarrollan adecuadamente en todos los ámbitos. A pesar de que, si los AM no mantienen o no crean relaciones sociales significativas, perciben la vida como una fase de decadencia funcional dentro de la sociedad, individualidad y aislamiento social (Vera, 2007 citado en Mercado, 2015).

En la vejez existe disminución de capacidades, tanto físicas como cognitivas, a diferencia de otras etapas del ciclo vital. Existe una errónea percepción sobre los AM, ya no como fuente de sabiduría, sino que se les asocia con dependencia y enfermedades, lo que implica que varios atributos negativos se conecten hacia ellos. Campos (2001) destaca factores asociados a la vejez tales como la nula productividad, ineficacia, malestar y características asociadas al envejecimiento, por lo que, esta etapa es esperada con desdicha por ciertas personas.

A la par, se explica que la calidad de vida toma en cuenta factores económicos, sociales y culturales del ambiente o contexto donde una persona se desarrolla, al igual que el valor que se le otorga a la propia existencia (Varela, 2016). La OMS (2017), define a la calidad de vida como la percepción individual que alguien tiene sobre su vida, relacionado con la cultura y valores que rigen en su ambiente con diversos objetivos, expectativas, normas y dudas. Además, cuando se refiere a calidad de vida se abarcan distintos niveles de generalidad, donde se abarca el bienestar y aspectos específicos, individuales y grupales, por lo que sus componentes son objetivos y subjetivos (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador, 2017).

De la premisa anterior, es destacable que, para una adecuada calidad de vida, se requiere un nivel de salud estable. No obstante, debido a los cambios relacionados con la vejez, padecer enfermedades crónicas para los adultos mayores es más probable, debido al declive de funciones físicas y cognitivas, lo que afecta su funcionalidad diaria, en ciertos casos su grado de independencia (Agudelo, Giraldo, Ocampo, Ossa y Caballero, 2020). Por esta razón el concepto de calidad de vida relacionado a la vejez debe considerar “el impacto que generan las enfermedades y tratamientos en el bienestar y satisfacción de las personas, posicionándose desde cuatro dimensiones principales: la física, la psicológica, la ambiental y la social” (Ingrand et al., 2018).

La percepción de la calidad de vida está influenciada por diversas circunstancias personales. Vinaccia y Orozco (2005), citado en García (2021), mismos que proponen una clasificación en tres aspectos. Se encuentra los físicos y biológicos, caracterizado por la presencia de cierta sintomatología, grado de capacidad funcional y la calidad del sueño. Factores emocionales, mismos que abarcan la tristeza, el temor y la falta de seguridad y por último se encuentran los elementos sociales, que comprenden la situación en el ámbito laboral, las dinámicas familiares y las actividades de esparcimiento.

La calidad de vida depende de varios factores que el sujeto ha experimentado a lo largo de su vida, como los factores físico-biológico, emocionales y sociales. Los

factores Físico-Biológico, refiriéndose a la salud física y el funcionamiento biológico del individuo. Según Megari (2013), menciona que la salud física es un importante, abarca la presencia o ausencia de enfermedades, nivel de dolor, fatiga y funcionalidad.

Dentro de los factores emocionales, los aspectos emocionales y psicológicos son fundamentales en la percepción de la calidad de vida. Steptoe et al. (2019), el bienestar emocional y la experiencia de emociones positivas y la regulación emocional efectiva, está fuertemente asociado con una mejor calidad de vida. Mientras que por otro lado los factores sociales, es el entorno social y las relaciones interpersonales. Según Helliwell et al. (2020) las conexiones sociales fuertes y el apoyo social percibido están consistentemente asociados con mayores niveles de bienestar y calidad de vida.

Así, se puede explicar que la calidad de vida serviría como un indicador de cuán exitoso es el proceso de envejecimiento, pues, no consideraría solamente el estado de salud, más bien, implicaría el estudio de varios factores psicológicos, sociales y culturales, donde la calidad de vida en el adulto mayor se relacione a un valor social y cultural que se otorga sobre la construcción social de lo que significa envejecer para la sociedad (Ingrand et al., 2018).

Del otro lado y como se explicó antes, este término se puede evaluar desde aspectos subjetivos y objetivos, mismos que se relacionan con el bienestar y satisfacción de la vida y están mediados por la experiencia propia, la salud, entre otras. El Cuadro 4 ejemplifica estos aspectos.

Cuadro 4. Subjetividad y objetividad en la calidad de vida

Aspectos de la Calidad de Vida	
Subjetivos	Objetivos
Intimidad	Bienestar material
Expresión emocional	Relaciones armónicas en el ambiente
Seguridad Percibida	Relaciones armónicas en comunidad
Productividad	Salud objetivamente medida
Salud Percibida	Sentimiento subjetivo de bienestar físico, psicológico y social

Fuente: Modificado a partir de Ardila (2013).

Además, en el estudio de la calidad, también, se incluyen “aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros” (Varela, 2016, p. 200). Es por esta razón que su término se considera de estudio multidimensional. La calidad de vida evalúa las necesidades de los sujetos, así como su grado de satisfacción con ella. Schwartzmann citado en García (2021) menciona que la calidad de vida, desde la subjetividad, se percibe como el nivel de satisfacción o felicidad relacionado al bienestar personal, no obstante, se debe tomar en cuenta factores medibles como la biología, psicología, comportamientos y la sociedad, para tener en enfoque amplio de calidad de vida y su significado.

Los adultos mayores sanos e independientes se dan por condiciones necesarias para un envejecimiento saludable, donde ejercen sin limitaciones los derechos humanos. Dentro de los aspectos objetivos que condicionan la calidad de vida en adultos mayores están las condiciones materiales, es decir, que posean un nivel de ingresos adecuado, tengan vivienda, alimentación, vestido, seguridad social y educación. Por otra parte, los aspectos subjetivos se relacionan con el desarrollo de la autoestima, autoconcepto, intimidad, expresión de emociones y una buena condición de salud percibida. Permitiendo aumentar el índice de calidad de vida (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2021).

Es importante mencionar que la conceptualización de calidad de vida, también se puede explicar con base a las dimensiones que lo componen. Así, para Alguacil (2000), se identifican tres dimensiones. Primero, la calidad ambiental que se

relaciona con tener vivienda (aspecto habitacional), ubicarse en una zona geográfica (residencia) urbana y territorial. Segundo, el bienestar, medido objetivamente, por la producción (empleo) y la educación (formación y procesos de aprendizaje) y salud. Por último, la identidad cultural o los vínculos e interacciones, donde se abarca la participación y apropiación, el tiempo libre y actividades de ocio y las relaciones sociales o redes.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

La investigación constituye un proceso ordenado y meticuloso cuyo propósito fundamental radica en adquirir nuevos conocimientos, comprender fenómenos o validar teorías. Este proceso implica la búsqueda, recopilación, análisis e interpretación de datos relevantes con el fin de contener preguntas específicas o alcanzar metas establecidas. Es posible llevar a cabo la investigación en una amplia gama de disciplinas, incluyendo ciencias naturales, sociales, humanidades y tecnología, y se pueden utilizar diversos enfoques metodológicos, tales como el cuantitativo, cualitativo o mixto (Ramos, 2020).

Por otro lado, Dávalos (2017) mencionan que la investigación es un proceso metódico y riguroso cuyo objetivo principal es adquirir conocimiento y responder a preguntas o problemas. Es un esfuerzo consciente para profundizar la comprensión de un tema, fenómeno o proceso, desde un punto de vista teórico como práctico, siendo una herramienta fundamental para el progreso humano y la resolución de los desafíos cotidianos. Los seres humanos utilizan la investigación para descubrir nuevos hechos, analizar datos existentes, experimentar con enfoques alternativos o desarrollar teorías que expliquen fenómenos observados.

Paradigma postpositivista

El paradigma postpositivista es una evolución del positivismo clásico, con ciertas modificaciones que abordan algunas críticas dirigidas a este último, que introduce una perspectiva más consciente de las limitaciones humanas. Sostiene que la realidad existe de forma objetiva, pero reconocen que la capacidad humana para percibirla y comprenderla es limitada, de la misma forma admite que los seres humanos poseen mecanismos intelectuales y perceptivos sustancialmente imperfectos, tienen dificultades para captar la totalidad de la realidad que se presenta a lo largo de su vida (Ramos, 2015).

Según Fernández y Vela (2021), el paradigma postpositivista es una construcción que delimita que la realidad objetiva sí existe a pesar de que no es completamente abarcada por los seres humanos debido a la percepción que se tiene sobre los sucesos y, de la misma manera, intelectualmente existen limitaciones con base en el conocimiento intrínseco de los fenómenos que se encuentran bajo los objetivos, tanto generales como específicos, que existen dentro de un estudio, mismos que dependen de las categorías asignadas para la investigación.

Enfoque cuantitativo de corte transversal

Dentro de esta investigación el enfoque que se utilizó es el cuantitativo, mismo que Hernández -Sampieri y Mendoza (2018), mencionan que mantiene un orden secuencial y probatorio, se caracteriza por ser riguroso al momento del orden de los pasos a cumplir, este enfoque se basa en medir objetivamente las variables de estudio. Se hace hincapié en la importancia de la precisión, la replicabilidad y la generalización de los resultados en el enfoque cuantitativo, así como la aplicación de diseños de investigación rigurosos para controlar variables y minimizar sesgos. También se destaca por la utilización de instrumentos estandarizados para el levantamiento de datos y emplear muestras representativas para asegurar la validez de los hallazgos. Los datos se analizan estadísticamente.

A lo largo del tiempo, se han establecido fases para que las personas puedan llevar a cabo investigaciones cuantitativas, tomando en cuenta que son cinco fases: llevar a cabo la observación y evaluar lo que se desea investigar; establecer hipótesis en base al primer paso; demostrar el grado en el que las hipótesis tienen o no fundamento; revisar las suposiciones sobre la base de las pruebas y, por último, proponer nuevas observaciones para aclarar cualquier duda así como modificar y fundamentar las nuevas suposiciones (Hernández – Sampieri y Mendoza, 2018).

El corte transversal según Hernández – Sampieri y Mendoza (2018), menciona que son investigaciones que recolectan datos de un momento y tiempo específico. Su propósito es describir variables en un grupo de casos, determinando sus niveles en ese momento, evaluar una situación, evento o fenómeno en un punto temporal,

analizar la incidencia e interrelación entre variables en un lapso o periodo particular. La característica clave es que toda la recolección de datos ocurre en un momento único, permitiendo obtener una visión transversal de las variables analizadas y sus interrelaciones en ese punto temporal determinado.

Los estudios de corte transversal son valorados por presentar ventajas metodológicas y prácticas en comparación con otros diseños de investigación. Una de sus principales fortalezas es que establece asociaciones estadísticas válidas y confiables entre variables que son inalterables en el tiempo, como el sexo, la raza u otras características fijas de los sujetos de estudio. Además, ofrecen un mayor control tanto en la selección de los sujetos como en las mediciones y al recolectar todos los datos en un mismo momento. Reduce los sesgos y aumenta la precisión, de este modo no es necesario esperar un periodo prolongado para que ocurra algún evento o intervención, pues la recolección es puntual, lo que los hace más rápidos y económicos de implementar (Manterola, Quiroz, Salazar y García, 2019).

Otra cualidad valiosa es su versatilidad para estudiar simultáneamente múltiples variables y diferentes desenlaces o resultados de interés en el fenómeno analizado. Asimismo, al no requerir seguimientos a lo largo del tiempo, se evitan las complicaciones y pérdidas de sujetos que suelen presentarse en estudios longitudinales.

Diseño no experimental

La investigación no experimental Según Hernández- Sampieri y Mendoza (2018), se logra entender como el tipo de investigación en el que no se manipulan intencional ni directamente las variables, los estudios no generan una implicación en alterar deliberadamente las variables independientes para observar cómo afectan a otras variables que se generan durante la observación. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar y medir fenómenos y variables tales como se van presentando en su entorno natural, para luego analizarlos y tener un registro de datos de los resultados. Dando paso al conocimiento del comportamiento y actuación de los individuos involucrados.

Por otro lado, en la investigación no experimental, no se genera ninguna situación, simplemente se observa lo que ya existe y que no ha sido provocado por el investigador. Las variables sujetas a observación ya han ocurrido o existen dentro del contexto natural de los sujetos involucrados, mismas que el investigador no puede manipular ni controlar directamente. En este tipo de estudios, el enfoque se centra en observar situaciones o fenómenos previamente existentes sin intervenir activamente. Además, este tipo de investigación puede tener diferentes objetivos, desde describir situaciones hasta identificar relaciones entre las variables que se presenten a lo largo de la investigación (Hernández – Sampieri y Mendoza, 2018).

Alcance descriptivo

Los estudios descriptivos especifican las propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno, comunidad, proceso, objeto que se someta a un análisis detallado. El objetivo es recolectar datos precisos y reportar información sobre las variables, aspectos o componentes involucrados en el tema de estudio. En este tipo de investigaciones, el investigador selecciona una serie de cuestiones o variables clave que desea examinar. Luego, realiza un proceso sistematizado de recolección y medición de datos sobre cada una de esas variables previamente definidas. Así logra describir y caracterizar objetivamente lo que está investigando (Hernández -Sampieri y Mendoza 2018).

2.2. Población, muestra y muestreo

La población es un conjunto de elementos, sujetos o documentos que comparten características a las que se desee estudiar para el trabajo investigativo (Ventura-León, 2017). Mientras que la muestra es un porcentaje representativo de la población elegida para la investigación y para esto es necesario usar diferentes fórmulas para lograr un resultado que represente a la población que se está estudiando. Por otro lado, el muestreo es un método científico que se encarga de determinar cuál es el área representativa de cierta población que se debe ser estudiada en base a reglas y criterios.

En la presente investigación se utiliza un muestreo no probabilístico por conveniencia con criterios de exclusión y de inclusión. Por lo tanto, el muestreo no probabilístico es empleado especialmente cuando es complicado encontrar la muestra necesaria ante el muestreo probabilística, dando paso a que este tipo de muestreo pueda escoger a la población con la que se trabajará bajo el criterio personal del investigador. El método usado para esta investigación es muestreo intencional o de conveniencia, siendo este el método en el que selecciona a los sujetos convenientes para la investigación, generando sencillas en el tiempo, esfuerzo y proximidad geográfica (Velasco y Martínez, 2017).

Para este estudio la población que se uso fue de 65 adultos mayores pertenecientes al grupo de gimnasia de la Federación Deportiva de Cotopaxi, del cantón Latacunga. Las características sociodemográficas permitieron crear las siguientes tablas en las que se clasifica la información, según la necesidad de la información. Las mismas que se encuentran por la frecuencia (f) y el porcentaje (%).

Tabla 1. Descripción de la población según los datos sociodemográficos

Edad	Media	Desviación Estándar
	70.26	6.281
	Min	Max
	60	85
Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	58	89.2
Masculino	7	10.8
Estado civil		
Soltero	7	10.8
Casado	31	47.7
Separado	11	16.9
Viudo	16	24.6
Nivel de ingresos		
Bajo (Salario básico o inferior)	6	9.2
Medio (Dos salarios básicos)	54	83.1
Alto (Tres salarios básicos o más)	5	7.7

Fuente: elaboración propia

En la tabla 1, se puede observar que la edad mínima fue de 50 y la máxima de 85, obteniendo la media de 70.26 y la desviación estándar de 6.281. Por otro lado, el 89.2% de los adultos mayores fueron mujeres, mientras que tan solo el 10.8% fueron hombres. En el estado civil de los participantes se encontró que el 10.8% son solteros, el 47.7% son casados, el 16.9% son separados y el 24.6% se

encuentran viudos. Por otro lado, se puede observar que el nivel de ingresos se presenta que el 9.2% pertenece a un nivel de ingresos bajos, el 83.1% pertenece al nivel de ingresos medio y el 7.7% hace referencia al nivel de ingresos altos.

2.3. Técnicas e instrumentos de investigación

Para la medición de la calidad de vida en los adultos mayores pertenecientes a los diferentes centros gerontológicos se les aplicó la escala de calidad de vida en adultos mayores *World Health Organization Quality of Life of Older Adults* (WHOQOL-OLD), cuestionario creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta escala cuenta con 24 preguntas con escala Likert, mismas que valoran los sentimientos, el grado en el que ha podido experimentar diferentes hechos, si es capaz de hacer ciertas cosas por sí solo, si se ha sentido satisfechos en varios aspectos de su vida y por último como percibe la muerte (Queirolo, Barboza y Ventura-León, 2020).

El cuestionario de calidad de vida en los adultos mayores WHOQOLD-OLD, consta de 6 dimensiones, mismas que se encuentran divididas en: habilidades sociales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad. 21Cada una de estas dimensiones se evalúa en un rango de las dos últimas semanas del adulto mayor. Dentro de cada dimensión se encuentra cuatro ítems cada uno, mismos que se encuentran en escala Likert con cinco opciones de respuesta con base en los sentimientos y pensamientos del adulto mayor (Molina y Cambillo, 2021).

Cuadro 5. Dimensiones, preguntas y opciones de respuestas del WHOQOLD-OLD

Dimensiones	Preguntas	Opciones de respuestas
Habilidades sensoriales	1,2	Nada (1), Un Poco (2), En Moderada Cantidad (3), Mucho (4), En Extrema Cantidad (5).
	10	Nada (1), Un poco (2), Moderadamente (3), En Su mayoría (4), Totalmente (5).
	20	Muy Pobre (1), Pobre (2), Ni Pobre ni Bueno (3), Bueno (4), Muy bueno (5).
Autonomía	3	Nada (1), Un Poco (2), En Moderada Cantidad (3), Mucho (4), En Extrema Cantidad (5).
	4,5	Nada (1), Ligeramente (2), Moderadamente (3), Mucho (4), Extremadamente (5).
	11	Nada (1), Un poco (2), Moderadamente (3), En Su mayoría (4), Totalmente (5).
Actividades pasadas, presente y futuras	12,13	Nada (1), Un poco (2), Moderadamente (3), En Su mayoría (4), Totalmente (5).
	15	Muy Insatisfecho (1), Insatisfecho (2), Ni Satisfecho ni Insatisfecho (3), Satisfecho (4), Muy Satisfecho (5).
	19	Muy Infeliz (1), Infeliz (2), Ni Feliz ni Infeliz (3), Feliz (4), Muy Feliz (5).
Participación social	14	Nada (1), Un poco (2), Moderadamente (3), En Su mayoría (4), Totalmente (5).
	16,17,18	Muy Insatisfecho (1), Insatisfecho (2), Ni Satisfecho ni Insatisfecho (3), Satisfecho (4), Muy Satisfecho (5).
Muerte	6	Nada (1), Un Poco (2), En Moderada Cantidad (3), Mucho (4), En Extrema Cantidad (5).
	7,8	Nada (1), Ligeramente (2), Moderadamente (3), Mucho (4), Extremadamente (5).
	9	Nada (1), Un Poco (2), En Moderada Cantidad (3), Mucho (4), En Extrema Cantidad (5).
Intimidad	21,22	Nada (1), Un Poco (2), En Moderada Cantidad (3), Mucho (4), En Extrema Cantidad (5).
	23,24	Nada (1), Un Poco (2), Moderadamente (3), En su Mayoría (4), Totalmente (5).

Fuente: Modificado a partir de Medeiros de Araújo, Meneses y Alchieri (2011).

La interpretación se hace mediante las 6 dimensiones considerando que, a mayor puntuación, mayor calidad de vida y viceversa. Teniendo que cuenta que la calificación se encuentra entre 5 y 20 puntos, la puntuación total del cuestionario se encuentra entre 24 y 120 puntos. Ante las dimensiones de capacidades sensoriales, muerte y agonía la interpretación es diferente, es necesario invertir la calificación para tener el resultado adecuado (Acosta, Vales, Echeverría, Serrano y García, 2013).

Propiedades psicométricas del WHOQOL-OLD

El instrumento WHOQOL-OLD ha sido adaptado en varios países latinoamericanos como México, Ecuador y Chile. En México se reportó una fiabilidad de 0.84, en Chile de 0.80 y en Ecuador de 0.84 (Queirolo et al., 2020). En Quito, Ecuador, los autores Herrera y Mora (2018) utilizaron el WHOQOL-OLD para estudiar la calidad de vida de 249 adultos mayores y el Alpha de Cronbach obtenida fue de 0.72. En la investigación de Castañeda (2022) con adultos mayores en situación de pobreza en el cantón Guano este instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.89.

Según Tuapanta, Duque y Mena (2017), la confiabilidad es de tipo consistencia interna que hace referencia a la correlacionalidad que existe entre los ítems de una escala. Se considera que una confiabilidad es aceptable cuando se encuentra dentro de un rango de 0.70 y 0.90, teniendo en cuenta que la consistencia varía según la cantidad y el tipo de población empleada para la investigación.

El coeficiente Alpha de Cronbach arroja resultado que van entre 0 y 1, teniendo en cuenta que el valor mínimo que se acepta es de 0.7, si el valor se encuentra por debajo de dicho valor se considera que existe una relación débil entre las preguntas. Mientras que si el valor es superior a 0.7, se considera que existe una fuerte relación entre las preguntas. Por otro lado, si arroja un valor entre 0.8 y 1 se considera como muy alta y el instrumento tiene mayores niveles de fiabilidad (Tuapanta, Duque y Mena, 2017).

La validez del cuestionario WHOQOL-OLD se encuentra fundamentado en diversos autores a lo largo del tiempo, tales como Power, Quinn, Schmidt y WHOQOL-OLD Group (2005), quienes afirman que el cuestionario ha demostrado propiedades psicométricas satisfactorias a partir del análisis de la validez del constructo, validez discriminante, validez convergente y consistencia interna, al correlacionarse junto con medidas de bienestar psicológico y de satisfacción de la vida misma.

Por otro lado, Lucas-Carrasco, Laidlaw y Power (2011), mencionan que los resultados obtenidos dentro de estudio han apoyado la validez del constructo, la

validez convergente y la fiabilidad del cuestionario para que sea usado con los adultos mayores residentes en España. Otros autores como Chachamovich, Trentini y Fleck (2007), citado en Vilar, Sousa y Simoes (2016) dicen que este test se encargó de demostrar la adecuada validez del constructo, validez convergente y consistencia interna dentro de la muestra poblacional brasileña. Low, Molzahn & Schopflocher (2013), respaldan la validez de constructo y la confiabilidad del cuestionario WHOQOL-OLD, usado en la población adulta mayor canadiense y noruega.

En la presente investigación no se analiza la consistencia interna con Alfa de Cronbach debido a que no se cumple el criterio de cantidad de participantes por ítem, siendo la muestra de 65 adultos mayores y el instrumento aplicado de 24 ítems. Campos-Arias y Oviedo (2008) citado en Frías – Navarro (2022) plantean que, con un criterio conservador se deberían utilizar muestras con al menos 400 participantes. Siendo más flexibles, Cortina (1993) citado en Frías – Navarro (2022) considera que para escalas de 20 ítems se pueden aceptar entre 5 y 20 participantes por cada ítem de la escala, es decir, entre 100 y 400 participantes.

Procesamiento de la información

Se realizó el levantamiento de la información mediante tests físicos, en el que se les pidió a los participantes que llenen según como se sintieron las dos últimas semanas. Luego se calificó los tests y se subieron los datos al programa SPSS, no se aplicó pruebas estadísticas, el objetivo de esta investigación se basa en diagnosticar, más no es correlacionar los datos. Aunque si se realizó un análisis descriptivo de los datos con la media aritmética, la desviación estándar, valores mínimos y máximos por cada dimensión y por preguntas.

La media aritmética o promedio simple (\bar{X}) muestra el valor central de los datos constituyendo ser la medida de ubicación que más se utiliza. En general, es calculada sumando los valores de interés y dividiendo entre el número de valores sumados (Paz, 2007, p.2 citado en Rodríguez, Pisco, Gómez y Sánchez, 2020).

La media aritmética representa el valor promedio de un conjunto de datos. Se calcula sumando todos los valores y luego dividiendo esa suma por el número total de valores. En otras palabras, es el punto de equilibrio que refleja el valor central o típico de los datos analizados.

2.4. Caracterización de la institución

El grupo de gimnasia al que ciertos adultos mayores acuden voluntariamente para recibir clases se encuentra distribuido en tres grupos, siendo 30 adultos mayores en los diferentes horarios. Existe una prevalencia de mujeres en comparación a los hombres dentro de los grupos. La edad de los participantes oscila entre los 60 y 85 años, es importante mencionar que existe un bajo porcentaje de adultos mayores que presenta una discapacidad auditiva o visual, sin embargo, la mayoría son funcionales. El nivel de ingresos económicos de cada uno de los participantes varía de acuerdo con las actividades realizadas a lo largo de su vida.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación, se realiza el análisis del resultado de los datos obtenidos mediante el Cuestionario WHOQOL-OLD, previamente aplicado, mismo que permitirá conocer cuál es el nivel de calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al grupo de gimnasia de la Federación Deportiva de Cotopaxi, ubicado en el cantón Latacunga.

3.1. Análisis descriptivo del Cuestionario WHOQOL-OLD

Tabla 2. Estadísticos descriptivos del Cuestionario WHOQOL-OLD

Dimensiones	M	DE	Mín.	Máx.
Habilidades sensoriales	15.25	2.32	10	20
Autonomía	14.40	3.18	7	20
Actividades pasadas, presentes y futuras	16.02	2.62	9	20
Participación social	16.15	2.44	6	20
Muerte	8.82	3.49	4	20
Intimidad	17.09	2.11	12	20

Nota: M= media; DE =desviación estándar; Min =mínimo; Máx =máximo

Fuente: elaboración propia

En la tabla 2, se evidencia las medias más altas que corresponden a las dimensiones de intimidad (17.09) que hace referencia al manejo de las relaciones afectivas con su círculo cercano y teniendo en cuenta el nivel de satisfacción. En segundo lugar, Participación social (16.15), siendo el involucramiento activo de los adultos mayores en las actividades comunitarias y sociales. Por otro lado, está la media más baja que corresponde a la muerte (8.82), refiriéndose a la perspectiva y el sentir del adulto mayor referente a la etapa final de la vida, pero en esta dimensión la baja puntuación es favorable, indica que tienen pocas preocupaciones con respecto a la muerte. La dimensión donde evidencian menor calidad de vida es en autonomía (14.40), es decir, no siempre todos son independientes para tomar decisiones propias.

Los datos evidenciados en la investigación hacen relación con un estudio realizado en Ecuador por Castañeda (2022), en la que intimidad se evidencia una M=9.8000 y en participación social M=9.4750. Mientras que en la muerte M=8.2000 y en

autonomía $M=9.9000$; los valores varían debido a las actividades, las costumbres y el lugar de vivienda de los adultos mayores a lo largo de su vida.

Tabla 3. Resultados por preguntas de Habilidades sensoriales

No.	Preguntas	Media	DE	Mín.	Máx.
1	¿En qué medida los impedimentos de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afectan su vida diaria?	2.22	.760	1	4
2	Hasta qué punto la pérdida de, por ejemplo, ¿audición, visión, gusto, olfato o tacto afectan su capacidad de participar en actividades?	2.14	.808	1	4
3	Hasta qué punto su capacidad de interactuar con los demás problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, ¿audición, visión, gusto, olfato y tacto)?	2.34	1.020	1	5
4	¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	3.85	.9035	1	4

Nota: DE =desviación estándar; Min =mínimo; Máx =máximo

Fuente: elaboración propia

En la tabla 3, sobre habilidades sensoriales, hace referencia a las capacidades perceptivas y procesamiento humano de información recibida desde el exterior mediante los sentidos. Se evidencia que la media más alta pertenece a la pregunta 4 (3.85), misma en la que los adultos mayores califican su funcionamiento sensorial según su diario vivir. Por otro lado, está la media más baja que pertenece a la pregunta 2 (2.14), haciendo referencia a calificar cuál es el nivel de afectación a sus actividades diarias debido a la pérdida de sus sentidos.

Los resultados obtenidos en esta investigación se pueden comparar con un estudio realizado en México por González-Celice y Gómez-Benito (2013), en el que también se utilizó WHOQOL-OLD. En su estudio, capacidad sensorial alcanzó una puntuación media de 15,8, cifra un poco más elevada a la de nuestro estudio. Esto puede reflejar diferencias en la comprensión del funcionamiento sensorial entre las poblaciones estudiadas.

Tabla 4. Resultados por preguntas de Autonomía

No.	Preguntas	Media	DE	Mín.	Máx.
1	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	3.86	1.171	1	5
2	¿Hasta qué punto se siente en control de su futuro?	3.09	1.142	1	5
3	¿Cuánto sientes que la gente que te rodea es respetuosa de tu libertad?	3.77	1.156	1	5
4	¿En qué medida eres capaz de hacer las cosas que te gustaría hacer?	3.82	1.088	1	5

Nota: DE =desviación estándar; Min =mínimo; Máx =máximo

Fuente: elaboración propia

En la tabla 4, sobre la autonomía, misma que hace referencia a la capacidad de tomar sus propias decisiones en base a sus creencias y deseos. La media más alta pertenece a la pregunta 1(3.86), señalando cual es el nivel de libertad que mantienen al momento de elegir algo que deseen. Mientras que la media más baja es la pregunta 2(3.09), en la que menciona no tener el control sobre lo que pueda suceder en el futuro.

En comparación con los resultados obtenidos, un estudio realizado por Silva, Soares, Santos y Silva (2018) en Brasil se encontró que la autonomía tenía una media de 14.7, misma que se asemeja a los resultados que nos muestra la tabla presentada. Este valor puede indicar que la percepción de autonomía en adultos mayores es diferente según el contexto en el que se encuentre la población.

Tabla 5. Resultados por pregunta de actividades pasadas, presentes y futuras

No.	Preguntas	Media	DE	Mín.	Máx.
1	¿Hasta qué punto está satisfecho con su oportunidad de seguir logrando en la vida?	3.83	.993	2	5
2	¿Cuánto sientes que has recibido el reconocimiento que mereces en la vida?	3.92	.973	1	5
3	¿Qué tan satisfecho estás con lo que has logrado en la vida?	4.26	.889	1	5
4	¿Qué tan feliz estás con las cosas que puedes esperar?	3.97	.901	1	5

Nota: DE =desviación estándar; Min =mínimo; Máx =máximo

Fuente: elaboración propia

En la tabla 5, sobre las actividades pasadas, presentes y futuras, hace referencia a las experiencias adquiridas en el pasado y en el presente y planeación de actividades a largo plazo. La media más alta corresponde a la pregunta 3(4.26), menciona cuan satisfecho se sienten los adultos mayores según lo logrado en la vida, dando paso a comprender que si se sienten satisfechos con lo alcanzado a lo

largo de la vida. Por otro lado, la media más baja pertenece a la pregunta 1(3.83), haciendo alusión a que no se encuentran satisfechos ante la oportunidad de seguir alcanzando más logros en la vida.

Según los valores obtenidos en esta investigación, pueden compararse con la investigación de Urzúa y Navarrete (2013) en Chile, donde la dimensión de actividades pasadas, presentes y futuras obtuvo como resultado una media de 15.2. teniendo en cuenta que los resultados obtenidos en nuestra investigación considerados con un mayor porcentaje, se ve reflejado la diferencia entre culturas y actividades socioeconómicas entre las poblaciones que han sido seleccionadas para el estudio.

Tabla 6. Resultados por pregunta de participación social

No.	Preguntas	Media	DE	Mín.	Máx.
1	¿Hasta qué punto siente que tiene suficiente para hacer cada día?	3.69	.917	1	5
2	¿Qué tan satisfecho está con la forma en que usa su tiempo?	4.18	.682	3	5
3	¿Cuán satisfecho está con su nivel de actividad?	4.18	.748	1	5
4	¿Qué tan satisfecho está usted con su oportunidad de participar en las actividades comunitarias?	4.15	.870	1	5

Nota: DE =desviación estándar; Min =mínimo; Máx =máximo

Fuente: elaboración propia

En la tabla 6, sobre la participación social que señala que esta es la integración de los adultos mayores en la vida social, actividades comunitarias y teniendo en cuenta que el apoyo social es importante para mantener una participación activa dentro de la comunidad. La media más alta pertenece a las preguntas 2 (4.18) y 3(4.18), en las que indican el nivel de satisfacción del adulto mayor al emplear su tiempo y su nivel de actividad en su diario vivir. De la misma manera, se encuentra media más baja, la pregunta 1(3.69), los adultos mayores marcaron que sienten que no tienen suficientes actividades para realizar en su día a día.

En contraste con nuestra investigación, el estudio realizado por Flores, Rivas y Seguel (2018) en Perú encontró una media de 14.3 en participación social, siendo este valor inferior a nuestros resultados. Esto podría darse debido a que los adultos

mayores en nuestro estudio tienen mayores oportunidades o satisfacción con su participación en actividades comunitarias.

Tabla 7. Resultados preguntas de la muerte

Resultados preguntas de la muerte

No.	Preguntas	Media	DE	Mín.	Máx.
1	¿Cuán preocupado está de la forma en que usted morirá?	2.20	1.277	1	5
2	¿Cuánto temes no poder controlar tu mente?	2.23	1.156	1	5
3	¿Qué tan asustado estás de morir?	1.94	1.210	1	5
4	¿Cuánto temes sufrir antes de morir?	2.65	1.292	1	5

Nota: DE =desviación estándar; Min =mínimo; Máx =máximo

Fuente: elaboración propia

La tabla 7 trata sobre la muerte, misma que hace referencia a como los adultos mayores logran percibir, sentir y actuar ante la etapa final de la vida. La media más alta es la pregunta 4(2.65), que alude al temor ante el sufrimiento antes de morir, dando paso a conocer que los adultos mayores no le temen al sufrimiento antes de morir. Por otro lado, la media más baja es la de la pregunta 3(1.94), e indica que no se encuentran asustados ante la muerte.

Este estudio se lo puede comprar con la investigación de Flores-Herrera, Castillo-Muraira, Ponce-Martínez, Miranda-Posadas y Peralta-Cerda (2022) realizada en México la dimensión de muerte obtuvo una puntuación media de 15.12, lo cual en comparación a nuestra investigación más alta que nuestros valores. Esta diferencia se da debido a que la población de esta investigación presenta mayor temor al dolor, mientras que en nuestra investigación no. Esta diferencia se la evidencia debido a la percepción que se ha creado debido a la cultura, la religión y la parte social.

Tabla 8. Resultados por pregunta de intimidad.

No.	Preguntas	Media	DE	Mín.	Máx.
1	¿Hasta qué punto siente un sentido de compañerismo en su vida?	4.05	.717	2	5
2	¿Hasta qué punto experimenta el amor en su vida?	4.11	.831	1	5
3	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?	4.37	.782	2	5
4	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de ser amado?	4.37	.762	2	5

Nota: DE =desviación estándar; Min =mínimo; Máx =máximo

Fuente: Elaboración propia

La tabla 8 trata sobre la intimidad, refiriéndose a la capacidad de los adultos mayores al mantener relaciones cercanas y representativas, así como la satisfacción que estas les genera. La media más alta pertenece a las preguntas 3(4.37) y 4(4.37), indicando que son personas que si tienen oportunidades de amar a su familia o a su círculo cercano y de ser amado por los mismos. De la misma manera, se encuentra la media más baja que representa a la pregunta 1(4.05), misma que insinúa el nivel del sentido de compañerismo que tiene en su vida.

Teniendo en cuenta esta investigación, se realizó una comparación con el estudio de Vagetti, et al (2015) hecha en Brasil se encontró el valor de la $M=14.6$ dentro de intimidad, mismo que refleja un resultado inferior al que se encontró en nuestra investigación. Dicha diferencia puede ser debido a que los adultos mayores participantes mantienen en nuestra investigación tienen una relación más estrecha y han generado redes de apoyo.

Tabla 9. Medias de calidad de vida de adultos mayores según el sexo y nivel de ingresos.
Medias de calidad de vida de adultos mayores según el sexo y nivel de ingresos.

Dimensiones	Sexo		Nivel de ingresos		
	Femenino	Masculino	Bajo	Medio	Alto
Habilidades sensoriales	10.41	11.42	10.33	10.51	11.0
Autonomía	14.54	14.28	14.16	14.38	16.6
Actividades pasadas, presentes y futuras	16.15	14.57	15.50	15.98	16.6
Participación social	16.24	15.85	15.33	16.11	18.6
Muerte	9.06	8.42	8.66	9.25	6.8
Intimidad	16.89	16.85	17.16	16.75	18.0

Nota: DE =desviación estándar; Min =mínimo; Máx =máximo
Fuente: elaboración propia

En la tabla 9, las mujeres presentan medias más altas en: Actividades pasadas, presentes y futuras (16.15), Participación social (16.24) e Intimidad (16.89), mientras que en los hombres la media más alta está en Intimidad (16.85). En ambos géneros las medias más bajas están en la dimensión Muerte, lo cual es favorable pues indica poca preocupación por la etapa final de la vida. En cuanto al nivel de ingresos, en los tres analizados los puntajes más altos están en la dimensión Intimidad (Bajo 17.16, Medio 16.75 y alto 18.0). De igual manera las medias más bajas están en la dimensión muerte en los tres niveles de ingreso.

Según los resultados establecidos en nuestra investigación, se contrasta con el estudio de Hernández-Huayta, Chávez-Meneses y Carreazo (2016) en Perú, EN donde también se consideraron las diferencias por sexo y nivel socioeconómico. En el estudio las mujeres muestran puntuaciones más altas en participación social, mientras que los hombres puntuaron más alto en autonomía, a diferencia de nuestros resultados ya mencionados anteriormente. Esta diferencia se ve reflejada debido a los diferentes roles de género que tiene la población estudiada.

CONCLUSIONES

- La calidad de vida (CV) del adulto mayor es un concepto multifactorial considerado como una pieza clave en el bienestar general, siendo el resultado de diferentes situaciones a lo largo del tiempo como persona o grupo en salud física como mental. Otro punto clave es el reconocimiento social que se les otorgue, elevando su calidad de vida.
- Las medias más altas que corresponden a las dimensiones de intimidad (17.09) y Participación social (16.15). Por otro lado, se encuentra la media más baja que corresponde a la muerte (8.82), lo cual es favorable pues indica poca preocupación por el fin de la vida. La dimensión donde se evidencian menor calidad de vida es en autonomía (14.40).
- En el grupo de mujeres se evidencia tres dimensiones con medias más altas son: Actividades pasadas, presentes y futuras (16.15), Participación social (16.24) e Intimidad (16.89), mientras que en los hombres la media más alta está en Intimidad (16.85). En ambos géneros las medias más bajas están en la dimensión Muerte.
- En cuanto al nivel de ingresos, los puntajes más altos que se encontraron se encuentran en la dimensión Intimidad (Bajo 17.16, Medio 16.75 y alto 18.0). De igual manera las medias más bajas están en la dimensión muerte en los tres niveles de ingreso.

RECOMENDACIONES

- Expandir el alcance de la investigación para obtener una muestra más amplia y diversa, lo que permitiría obtener resultados más representativos y facilitar la realización de análisis comparativos, correlacionales y explicativos más robustos.
- Elaborar e implementar un programa de intervención específico dirigido a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que participan en las actividades de la Federación Deportiva de Cotopaxi, basado en los hallazgos de este estudio.
- Realizar una investigación más exhaustiva que incorpore variables adicionales, como funciones cognitivas, estado emocional, entorno social y dinámica familiar, para obtener una comprensión más integral de los factores que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Abaunza, C.I., Mendoza, M.A., Bustos, P., Paredes, G., Enríquez, K., y Padilla, A.C. (2014). *Concepción del adulto mayor. In: Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad del Rosario, Instituto Rosarista de Acción Social – SERES. <https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007>.
- Acosta, C., Vales, G., Echeverría, C., Serrano, E. y García, F. (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://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/505>
- Agudelo, A., Giraldo, M., Ocampo, A., Ossa, Y. y Caballero, K. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud bucal del adulto mayor rehabilitado con prótesis total. *Cultura del cuidado*, 17(2), 23-34. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2020v17n2.7654>
- Alguacil, J. (2000). *Calidad de vida y praxis urbana: nuevas iniciativas de gestión ciudadana en la periferia social de Madrid*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección Monografías. Recuperado de http://www.cis.es/cis/opencms/ES/3_publicaciones/catalogo/ver.jsp?id=310
- Alvarado, A.M. y Salazar, A.M. (2014). Análisis de concepto de envejecimiento. *Gerokomos* 65(2), 57-62. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Aponte, V., (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 13(2),152-182. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545456006>

- Ardila, R. (2013). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología* 35(2), 161-164. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Arévalo A., D., Game V., C., Padilla L., C. y Wong L., N. (2021). Calidad de vida en adultos mayores profesionales de Ecuador. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(93), 414-428. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/290/29066223027/29066223027.pdf>
- Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (2024). Qué factores determina la calidad de vida y cómo se puede mejorar. Vizcaya: Argentina. Recuperado de <https://www.bbva.com/es/salud-financiera/que-factores-determinan-la-calidad-de-vida-y-como-se-puede-mejorar/>
- Baylis, C., y Corman, B. (1998). The aging kidney: insights from experimental studies. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*, 9(4), 699–709. <https://doi.org/10.1681/ASN.V94699>
- Campos, F. R. (2001). *Salud y calidad de vida en las personas mayores*. Tabanque: *Revista Pedagógica*, (16), 83-104. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587>
- Castañeda, M.V. (2022). *Propuesta de intervención en calidad de vida para adultos mayores en situación de pobreza*. (Tesis de Maestría). Recuperado de <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e22d11b2-e9a8-436d-9218-38f05f6d2e07/content>
- Chachamovich, E., Trentini, C., & Fleck, M. P. (2007). Assessment of the psychometric performance of the WHOQOL-OLD in Brazil. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 293-307. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004369>

Cigolle, CT., Langa, KM., Kabeto, MU., Tian, Z. & Blaum, CS. (2007). Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. *Ann Intern Med.* 147(3):156-64. Doi: 10.7326/0003-4819-147-3- 200708070-00004.

Conde-Ruiz, J. y González C. (2021). El proceso de envejecimiento en España. *Estudios sobre la economía española*. Recuperado de <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-07.pdf>

Cortés, C. M. e Iglesias L. M. (2004). *Generalidades sobre metodología de la investigación*. Ciudad del Carmen, México: Universidad Autónoma del Carmen. Recuperado de https://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf

Couso, C. (2008). El pensamiento científico y el envejecimiento. Actualización. *Revista Información Científica*, 59(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757323015.pdf>

Cuenca, A. (2008). Calidad de vida en la tercera edad. *Cuadernos de Bioética*, XIX(2), 271-291. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1405-7425201700030005900007&lng=en

De Lira, C., Taveira, H., Rufo-Tavares, W., Santos, D., Celini, P., Oliveira, L., Andrade, M., Nikolaidis, P., Rosemann, T., Knechtle, B., & Vancini, R. (2020). Does Health Professional Counseling Impact the Quality-of-Life Levels of Older Adults Enrolled in Physical Activity Programs? *Medicina (Kaunas)*, 56(4), 1-12. <https://doi.org/10.3390/medicina56040146>

- Dijkstra, A., Hakverdioğlu, G., Muszalik, M., Andela, R., Korhan, E. A. & Kędziora, K. (2015). Health related quality of life and care dependency among elderly hospital patients: an international comparison. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235(3), 193-200. <https://doi.org/10.1620/tjem.235.193>
- Estoque R, Togawa T, Ooba M, Gomi K, Nakamura S. & Hijioka Y. (2018). A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a “QOL-Climate” assessment framework. *Ambio*, 48(6), 619–38. doi: 10.1007/s13280-018-1090-3
- Fajardo, E., Córdoba, L, y Enciso, J. (2016). Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. *Comunidad y Salud*, 14(2), 33-41. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200005&lng=es&tlng=es.
- Fernández, A. y Vela, M. (2021). *Los paradigmas y las metodologías usadas en el proceso de investigación: una breve revisión*. Recuperado de <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/119978>
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2018). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000100004&script=sci_arttext
- Flores-Herrera, B., Castillo-Muraira, Y., Ponce-Martínez, D., Miranda-Posadas, C., y Peralta-Cerda, E. (2022). Calidad de vida de adultos mayores en contexto urbano y rural. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 30(1), 5-14. <https://doi.org/10.35366/103905>

Frías – Navarro (2022). *Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Valencia, España: Universidad de Valencia. Recuperado de <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>

García, E. (2021). Chronic Illness and its social and emotional effects. *Exploring yourmind*. Recuperado de <https://exploringyourmind.com/chronic-illness-and-its-social-and-emotional-effects/>

Genetics Home Reference. (2023). Genetics and Human Traits. U.S. National Library of Medicine.

González-Celis, A. L., & Gómez-Benito, J. (2013). Análisis de la calidad de vida en adultos mayores mexicanos a través del WHOQOL-OLD. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-251. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/505/837>

Greene, M., Ahalt, C., Stijacic-Cenzer, I., Metzger, L. & Williams, B. *Older adults in jail: high rates and early onset of geriatric conditions*. *Health Justice* 6, 3 (2018). <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0062-9>

Grolli, R., Dama, M., Gollo, A., Remião, A., Quevedo, J., Zilli, G., & Ignácio, Z. (2021). Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Molecular Neurobiology*, 58(1), 1905-1916. <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02249-x>

Helliwell, J. F., Layard, R., & Sachs, J. D. (Eds.). (2020). *World Happiness Report 2020*. New York: Sustainable Development Solutions Network.

Hernández – Sampieri, R. y Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación*. Santa Fe, México: McGraw Hill Education. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>

- Hernández, V., Solano, K. y Ramírez-Leal, P. (2021). Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(95), 530-543. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29069613004>
- Hernández-Huayta, J., Chávez-Meneses, S., & Carreazo, N. Y. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 680-688. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2016.v33n4/680-688/es/>
- Herrera, C. y 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. *La U Investiga*, 5(1), 40 – 58. Recuperado de <https://revistasojs.utn.edu.ec/index.php/lauinvestiga/article/view/374/275>
- Huerta, N. (2015). Situación de derechohabencia de los adultos mayores en municipios con alto grado de envejecimiento del Estado de México. *Papeles de población*, 21(85), 109-139. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252015000300005&lng=es&tlng=es.
- Ingrand, I., Paccalin, M., Liuu, E., Gil, R., y Ingrand, P. (2018). Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PLoS One*, 13(10), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204044>
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador. (2017). *¿Qué es la calidad de vida?* Dirección de Investigación. Recuperado de <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *El Nuevo Ecuador*. Quito: INEC Noticias. Recuperado de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/ecuador-tendra-mas-adultos-mayores-menos-ninos-y-adolescentes-en-2050/>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2021). *Calidad de vida para un envejecimiento saludable*. Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable>

Jia, H., Lubetkin, E., Barile, J.P., Horner-Johnson, W., DeMichele, K. y Stark, D.S. (2018). Quality-adjusted Life Years (QALY) for 15 Chronic Conditions and Combinations of Conditions Among US Adults Aged 65 and Older. *Med Care*, 56(8):740-746. Doi: 10.1097/MLR.0000000000000943.

Kalfoss, M., Low, G., & Molzahn, A. (2008). The suitability of the WHOQOL-BREF for Canadian and Norwegian older adults. *European Journal of Ageing*, 5(1), 77-89. <https://doi.org/10.1007/s10433-008-0070-z>

López, P. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto cero* 09(08), 69 – 74. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012

Low, G., Molzahn, A., & Schopflocher, D. (2013). Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and quality of life outcomes* 11(146). Recuperado de <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-146>

Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Ageing & Mental Health*, 15(5), 595-604. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548054>

- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P. y García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica *Revista médica clínica La Condes*, 30(1), 36-49. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>
- Mattson, M. P., & Magnus, T. (2006). Ageing and neuronal vulnerability. *Nature reviews. Neuroscience*, 7(4), 278–294. <https://doi.org/10.1038/nrn1886>
- Medeiro de Araújo, N., Menezes, R. y Alchieri, A. (2011). Administración del test WHOQOL-OLD para evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en centros de larga estancia. *Psicogeriatría* 3(4). 177-185. Recuperado de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0304/304_0177_0185.pdf
- Megari, K. (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health Psychology Research*, 1(3), e27. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
- Mercado, M. (2015). En el goce de la adultez mayor: concepciones de bienestar presentes en la tercera edad. Integración. *Académica en Psicología* 3(8). Recuperado de <https://integracion-academica.org/attachments/article/95/04%20Adultez%20mayor%20-%20MMercado.pdf>
- MIES (2019). *Ley orgánica de las personas adultas mayores*. Quito: Asamblea Nacional. Recuperado de https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2015). *Dirección Población Adulta Mayor. Programas y Servicios*. Recuperado de <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Ediciones Morata. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=P1WSN0NT-hoC&oi=fnd&pg=PA11&dq=proceso+envejecimiento&ots=IPdItCpa4N&sig=JcPEUKD86sRp1JNMxAQSV1nMbYs#v=onepage&q=proceso%20envejecimiento&f=false>
- Molina, D. S. y Camino, S. A. (2024). Factores Socioeconómicos del Adulto Mayor en la ruralidad del Cantón Latacunga, Cotopaxi. *Revista Social Fronteriza*, 4(1), e41132. [https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(1\)132](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(1)132)
- Molina, N., A. y Cambillo M., E. (2021). Validación del módulo WHOQOL-OLD en personas atendidas en organizaciones para el adulto mayor. *Pesquimat* 24(1), 9-22. <https://doi.org/10.15381/pesquimat.v24i1.19478>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Suiza. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 2(2), 153-159. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0719-7721202200020000700040&lng=en
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. Ginebra, Suiza: Centro de prensa: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Papalia, D., Feldman R. y Martorell, G. (2017). Desarrollo humano. México: McGRAW-HILL. Recuperado de file:///C:/Users/LENOVO1/Downloads/Desarrollo_Humano_Papalia_2017.pdf

- Paterne, G., Bardales, Y. y Martínez, M. (2012). Calidad de vida. En: Abizanda P. *Medicina Geriátrica*, 155-62. Barcelona, España: Elsevier. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/363/36346797001.pdf>
- Paz, K. (2007). *Media aritmética simple*. Facultad de Ingeniería. Recuperado de <http://www.editorialkamar.com/et/archivo11.pdf>
- Pinilla, M. A., Ortiz, M. A. y Suárez, J. C. (2021). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Salud Uninorte*, 37(2),488-505. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81775200017>
- Piña, M., Olivo, M., Martínez, C., Poblete, M., & Guerra, V. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y salud. Desafíos para los roles sociales de las personas mayores. *Rumbos TS*, 17(28), 7-27. <https://dx.doi.org/10.51188/rrts.num28.642>
- Placeres, J., León, L. y Delgado, I. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4) 472-483. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es&tlng=es.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & WHOQOL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197-2214. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>
- Queirolo, S. A., Barboza, M. y Ventura-León (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería global*, 60, 259-273. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420681>

- Ramos, A.M., Yordi, M. y 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.
- Ramos, C. A. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(3), 1-6. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7746475>
- Ramos, C., A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Revista Avances en Psicología*, 23(1), 9 - 17. Recuperado de https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf
- Robles, A., Rubio, B., De la Rosa., E. y Nava, A.H. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Residente*, 11(3), 120-125. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68589>
- Rodríguez, A. R., Pisco, R. J. L., Gómez, P. Á. P., & Sánchez, A. O. Q. (2020). Comprensión y manejo de la media aritmética, mediana y moda con datos agrupados en intervalos. *Roca. Revista científico-educacional de la provincia Granma*, 16(1), 1470-1483. Recuperado de <https://revistas.udg.co.cu/index.php/roca/article/view/2108/3989>
- Rodríguez, C. y Canedo, M. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez*. Madrid, España: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5833039>

- Rodríguez-Martínez, A., De-la-Fuente-Robles, Y., Martín-Cano, M. y Jiménez-Delgado, J. (2023). Calidad de vida y bienestar de adultos mayores en residencias de ancianos: revisión sistemática. *Social Sciences*, 12(7), 1 - 22. <https://doi.org/10.3390/socsci12070418>
- Romero, J. (2005). Discriminación y adultos mayores: un problema mayor. *El Cotidiano*, (134), 56-63. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1405-7425201700030005900038&lng=en
- Salech M., Jara L., R. y Michea A., L. (2012) Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev. Med. Clin. Condes*, 23(1) 19-19. https://www.academia.edu/34658652/Cambios_fisiol%C3%B3gicos_asociados_al_envejecimiento
- Sandgren, A., Arnoldsson, L., Lagerholm, A., & Bökberg, C. (2021). Quality of life among frail older persons (65+ years) in nursing homes: A cross-sectional study. *Nursing open*, 8(3), 1232–1242. <https://doi.org/10.1002/nop2.739>
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2013). The Impact of the Quality of Life Concept on the Field of Intellectual Disability', in Michael L. Wehmeyer (ed.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability*. *Online edn, Oxford Academic*, <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195398786.013.013.0004>
- Shastri, S., Tighiouart, H., Katz, R., Rifkin, D. E., Fried, L. F., Shlipak, M. G., Newman, A. B., & Sarnak, M. J. (2011). Chronic kidney disease in octogenarians. *Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 6(6), 1410–1417. <https://doi.org/10.2215/CJN.08801010>
- Silva, P. A. B., Soares, S. M., Santos, J. F. G., & Silva, L. B. (2018). Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Revista de Saúde Pública*, 52(76). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rsp/a/LDJWQtzfbFFz6Jjdv4RJTnn/>

- Soria, Z., y Montoya, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2019). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Suárez, M., Arosteguí, S., Remache, E. y Rosero, C. (2022). Calidad de vida: el camino de la objetividad a la subjetividad en población general y grupos como: niños y jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores. *Rev Med Vozandes*, 33(1), 61- 68. Recuperado de https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2022/07/11_RL_01.pdf
- Tuapanta, D., Duque, M. y Mena, A. (10 de diciembre de 2017). Alfa de Cronbach para validar un cuestionario de uso de TIC en docentes universitarios. *Mkt Descubre*. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/234578641.pdf>
- Uchida, Y., & Oishi, S. (2016). The happiness of individuals and the collective. *Japanese Psychological Research*, 58(1), 125-141.
- Ureña, L., S. (2021) ¿A qué nos referimos cuando hablamos de «calidad de vida»? *Federación Autismo Madrid*. Recuperado de <https://autismomadrid.es/noticias/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-calidad-de-vida/>
- Urzúa, A., & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. *Revista médica de Chile*, 141(1), 28-33. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000100004&script=sci_arttext&tIng=en

- Vagetti, G. C., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B., Oliveira, V. D., Mazzardo, O., & Campos, W. D. (2015). Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 815-828. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/csp/2013.v29n5/955-969/pt>
- Varela, L., F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 199-201. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
- Velasco, L., Y. y Martínez V., M., G. (2017). Muestreo probabilístico y no probabilístico. *Licenciatura en Ciencias Empresariales*, 3, 1-14. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2017/02/muestreo-probabilistico-no-probabilistico-guadalupe.pdf>
- Ventura-León, J. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-34662017000400014&script=sci_arttext&tIng=en
- 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), 284-290. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012&Ing=es&tIng=es
- Vilar, M., Sousa, L. & Somes. (2016). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: reliability and validity studies. Springer. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-016-1275-9>

- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002
- World Health Organization. (2022). Environmental Health and Quality of Life. WHO Global Health Observatory.
- Zhang, T., Shi, W., Huang, Z., Gao, D., Guo, Z., Liu, J., & Chongsuvivatwong, V. (2016). Influence of culture, residential segregation and socioeconomic development on rural elderly health-related quality of life in Guangxi, China. *Health Qual Life Outcomes*, 14(98), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0499-2>
- Zhou, X. J., Saxena, R., Liu, Z., Vaziri, N. D., & Silva, F. G. (2008). Renal senescence in 2008: progress and challenges. *International urology and nephrology*, 40(3), 823–839. <https://doi.org/10.1007/s11255-008-9405-0>

ANEXOS

Datos sociodemográficos

A continuación, te presento una ficha de datos sociodemográficos. Responde con una "X" las preguntas según corresponda tu situación actual.

1. Sexo

Masculino	Femenino

2. Edad

De 50 a 60 años	De 60 a 70 años	De 70 a más años

3. Sector domiciliario

Urbano	Rural
CANTÓN:	

4. Estado Civil

Soltero/a	Casado/a	Separado/a	Viudo/a

5. Número de hijos

Sin hijos	1-2 hijos	3 hijos	Mas de 3 hijos

6. Escolaridad

Educación Básica Elemental (Primaria) completa	Educación Básica Media (Secundaria) completa	Bachillerato incompleto	Bachillerato completo	Título de tercer nivel (Licenciatura)	Maestría

Otro: _____

7. Nivel económico

Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto

8. Actividades desarrolladas durante su vida

Administrativas	
Agrícolas	
Comerciante	
Ama de casa	
Otro	

9. Estado de salud general

Problemas de salud general	SI	NO
Problemas de salud mental	SI	NO
Discapacidad	SI	NO

INFORMACIÓN SOBRE INVESTIGACIÓN TITULADA "CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA FEDERACIÓN DEPORTIVA DE COTOPAXI"

Yo, Sofía Rosana Sánchez Constante, estudiante de octavo semestre de la carrera de Psicología en la PUCESA, estoy realizando una investigación como proyecto de titulación, intitulado: "Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Federación Deportiva de Cotopaxi", dirigido por la docente Mg. Dayamy Lima Rojas. Por este motivo es necesario recolectar datos a los adultos mayores que integran la federación deportiva de Cotopaxi, mismos que deseen participar de manera voluntaria. Se recolectarán datos con una ficha de datos sociodemográficos y con el Cuestionario sobre Calidad de Vida WHOQOL-OLD. La duración estimada de la aplicación es de máximo 20 minutos. La información será anónima y estrictamente confidencialidad. Los datos serán procesados de manera global con fines académicos y de investigación. No hay respuestas correctas ni incorrectas, simplemente es su forma natural de sentir, pensar o actuar en la vida cotidiana.

Su colaboración sería sumamente valiosa para la investigación. De antemano le expreso mi agradecimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con cc: _____ doy fe de que he sido informado acerca del estudio intitulado "**Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Federación Deportiva de Cotopaxi**", llevado a cabo por Sofía Rosana Sánchez Constante, estudiante de octavo semestre de la carrera de Psicología en la PUCESA como parte de su proyecto de titulación. Conozco que la información será anónima y estrictamente confidencialidad. Se recolectarán datos con una ficha de datos sociodemográficos y con el Cuestionario sobre Calidad de Vida WHOQOL-OLD. La duración estimada de la aplicación es de máximo 20 minutos. Los datos serán procesados de manera global con fines académicos y de investigación. Por lo anterior acepto participar de manera voluntaria en la investigación. Para constancia de lo anterior firmo el presente documento.

Firma:

Fecha:

Test WHOQOL-OLD

		Nada	Un Poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
1	¿En qué medida los impedimentos de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afectan su vida diaria?	1	2	3	4	5
2	¿Hasta qué punto la pérdida de, por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato o tacto afectan su capacidad de participar en actividades?	1	2	3	4	5
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
4	¿Hasta qué punto se siente en control de su futuro?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto sientes que la gente que te rodea es respetuosa de tu libertad?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
6	¿Cuán preocupado está de la forma en que usted morirá?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7	¿Cuánto temes no poder controlar tu muerte?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tan asustado estás de morir?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
9	¿Cuánto temes sufrir antes de morir?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas se refieren a cómo experimentan o pudieron hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
10	¿Hasta qué punto afecta su capacidad de interactuar con los demás problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

		Nada	Un Poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
1	¿En qué medida los impedimentos de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afectan su vida diaria?	1	2	3	4	5
2	¿Hasta qué punto la pérdida de, por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato o tacto afectan su capacidad de participar en actividades?	1	2	3	4	5
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
4	¿Hasta qué punto se siente en control de su futuro?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto sientes que la gente que te rodea es respetuosa de tu libertad?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
6	¿Cuán preocupado está de la forma en que usted morirá?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7	¿Cuánto temes no poder controlar tu muerte?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tan asustado estás de morir?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
9	¿Cuánto temes sufrir antes de morir?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas se refieren a cómo experimentan o pudieron hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
10	¿Hasta qué punto afecta su capacidad de interactuar con los demás problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

20	¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta se refiere a cualquier relación íntima que usted pueda tener. Por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero cercano u otra persona cercana con quien pueda compartir intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.						
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
21	¿Hasta qué punto siente un sentido de compañerismo en su vida?	1	2	3	4	5
22	¿Hasta qué punto experimenta el amor en su vida?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
23	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?	1	2	3	4	5
24	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de ser amado?	1	2	3	4	5



