



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**Facultad de Psicología
Carrera de Psicología Clínica**

Calidad de vida en los cuidadores de adultos mayores residentes en centros geriátricos en
Cuenca

*Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Psicóloga/o
Clínica/o*

Autores:

Jessica Carolina Caimay Jara

CI: 0106663420

Juan Fernando Murillo Pesántez

CI: 0105914220

Directora:

Mgt. María Marcela Cabrera Vélez

CI: 0104168349

Cuenca-Ecuador

19/06/2019



RESUMEN

La adultez mayor, es una etapa de cambios en donde existen mayores limitaciones; debido a esto, necesitan de un cuidador para la asistencia en actividades básicas, quienes por su labor están expuestos a factores que influyen en la calidad de vida; por ello, el objetivo general del estudio fue describir el nivel de calidad de vida de los cuidadores de adultos mayores residentes en centros geriátricos de Cuenca y los objetivos específicos fueron: identificar el nivel de calidad de vida en los cuidadores de adultos mayores según las características sociodemográficas y determinar el dominio de calidad de vida que está más afectado en estas personas. La investigación se desarrolló con un enfoque de investigación cuantitativo, de diseño no experimental y de alcance descriptivo. Para la recolección de datos se empleó una ficha sociodemográfica y la escala WHOQOL-BREF que mide la variable calidad de vida a nivel general y a través cuatro dominios: físico, psicológico, social y ambiental a una población de 48 cuidadores formales. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central. Los resultados indicaron que la percepción de calidad de vida a nivel general y de bienestar con su salud es positiva, el dominio menos afectado es el psicológico, y el más afectado el ambiental. En cuanto a la identificación de las características sociodemográficas, se encontró que los adultos jóvenes que tienen pareja y apoyo de alguien, presentan un mejor dominio psicológico. Se concluye que los cuidadores secundarios o formales presentan un nivel adecuado de calidad de vida, la mayoría eran mujeres que contaban con el apoyo de alguien, y en cuanto a las características sociodemográficas se encuentra una relación con varias de ellas que intervienen en la percepción de forma positiva como negativa de los diferentes dominios.

Palabras clave: Calidad de vida. Cuidador formal. Adulto mayor. Dominios. Centro geriátrico.



ABSTRACT

The adulthood is a stage of changes where there are major limitations; due to this, they need a caregiver for assistance in basic activities, who by their work are exposed to factors that influence the quality of life; that is, in the perception of the individual by his position in life according to the system of values, culture and in relation to his objectives and expectations. Therefore, the general objective of the study was to describe the level of quality of life of caregivers of elderly people living in geriatric centers of Cuenca and the specific objectives: to identify the level of quality of life in caregivers of older adults according to sociodemographic characteristics and determine the domain of quality of life that is most affected in these people. The research was developed with a focus on quantitative research, non-experimental design and descriptive scope. For the collection of data, a sociodemographic record and the WHOQOL BREF scale were used to measure the quality of life variable at a general level and in four domains: physical, psychological, social and environmental to a population of 48 formal caregivers. The analysis was performed using descriptive statistics with measures of central tendency. The results indicated that the perception of quality of life at a general level and of well-being with their health is positive, the domain least affected is the psychological, the most affected is the environment. Regarding the identification of sociodemographic characteristics, it was found that young adults who have a partner and support from someone, have a better psychological domain. It is concluded that the secondary or formal caregivers present an adequate level of quality of life, most were women who had the support of someone, and in terms of sociodemographic characteristics is a relationship with several of them that intervene in the perception of positive as negative form of the different domains.

Key words: Quality of life. Formal caregiver. Elderly. Domains. Geriatric center



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
PROCESO METODOLÓGICO	17
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	21
Percepción del nivel general de calidad de vida y satisfacción con la salud	21
Dominios de calidad de vida (Escala 4-20).	23
Calidad de vida según variables sociodemográficas.....	25
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS.....	32
ANEXOS	36
Anexo 1	36
Anexo 2.....	38
Anexo 3.....	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de participantes.	18
Tabla 2. Calidad de vida según situación civil y escolaridad	26
Tabla 3. Calidad de vida según convivencia.....	27
Tabla 4. Calidad de vida según grupo etario.....	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Calidad de vida general (Escala 1-5).....	22
Figura 2. Satisfacción de salud (Escala 1-5).....	22
Figura 3. Dominios de calidad de vida (Escala 4-20).....	24
Figura 4. Tendencia de los dominios de calidad de vida	25



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Juan Fernando Murillo Pesántez, en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Calidad de vida en los cuidadores de adultos mayores residentes en centros geriátricos en Cuenca", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 19 de junio del 2019

Juan Fernando Murillo Pesántez

C.I: 0105914220

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Jessica Carolina Caimay Jara, en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Calidad de vida en los cuidadores de adultos mayores residentes en centros geriátricos en Cuenca”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 19 de junio del 2019



Jessica Carolina Caimay Jara

C.I: 0106663420



Cláusula de Propiedad Intelectual

Juan Fernando Murillo Pesántez, autor del trabajo de titulación “Calidad de vida en los cuidadores de adultos mayores residentes en centros geriátricos en Cuenca”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 19 de junio del 2019

Juan Fernando Murillo Pesántez

C.I: 0105914220



Cláusula de Propiedad Intelectual

Jessica Carolina Caimay Jara, autora del trabajo de titulación “Calidad de vida en los cuidadores de adultos mayores residentes en centros geriátricos en Cuenca”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 19 de junio del 2019

Jessica Carolina Caimay Jara

C.I: 0106663420



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El envejecimiento es un fenómeno que forma parte de la realidad de muchas sociedades, en el que se encuentran diversos factores asociados, como los cambios en el ámbito económico, biológico, cultural y social (Aguilar, Aguilar, González y Valenzano, 2015). Para el año 2050, de forma mundial, se estima una cuenta de 2 mil millones de personas de 60 años o más (Anjos et al., 2014). En el Ecuador se considera a un individuo como adulto mayor desde los 65 años, es así que, en el país existen alrededor de 1.049.824 personas de la tercera edad que corresponde al 6.5% de la población total (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), el adulto mayor presenta cambios complejos en el plano biológico que están asociados a la acumulación de daños moleculares y celulares, aumentando gradualmente el riesgo de enfermedades progresivas; así también, disminuye la capacidad de funcionamiento tanto en la visión como audición, siendo implicaciones importantes para la vida cotidiana debido a que puede afectar la comunicación y contribuir al aislamiento social, pérdida de autonomía, ansiedad, depresión y disminución de las funciones cognitivas como: memoria, procesamiento de información y atención (Fhon, Janampa, Huaman, Marques y Rodrigues, 2016).

Además, el adulto mayor tiende a sufrir una limitación en su movilidad, alteración en la interacción personal y el aumento de riesgo de caídas o accidentes. El deterioro dependerá de muchos factores como: la situación socioeconómica, el estilo de vida, presencia de enfermedades crónicas y el uso de medicación; así mismo, puede tener una restricción en el acceso a recursos de subsistencia, a más del incremento de sus necesidades y cuidados (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2013). Por tanto, existe la necesidad de recibir apoyo para mantener un nivel funcional, debido a que estas personas tienen derecho a una vida digna y plena, y esto solo es posible con el cuidado y asistencia de otros (OMS, 2015).

De acuerdo al Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV, 2017), existe un índice del 14.9% de adultos mayores que son víctimas de abandono y negligencia por parte de sus familiares, en este último caso frecuentemente toman la decisión de ingresar a estos individuos en centros geriátricos residenciales para su cuidado. Para Crespo, Criollo y Cusco (2013) en la ciudad de



Cuenca existen alrededor de 311 personas de la tercera edad registradas en estos centros que necesitan la ayuda de un cuidador especializado.

Ahora bien, como cuidador se entiende a la persona que labora o se hace cargo de individuos que tienen algún nivel de dependencia; dedican su tiempo, esfuerzo y asumen con responsabilidad sus actividades dejando de lado las necesidades propias, bienestar e incluso a su familia, lo que puede desencadenar consecuencias a corto y largo plazo (Cerquera, Matajira y Pabón, 2016).

Del mismo modo, es importante señalar que existen dos tipos: cuidadores informales o primarios; y formales o secundarios. El primero se refiere a familiares o allegados que brindan cuidado y atención a personas vulnerables, sin una remuneración económica (Cerquera et al., 2016); no disponen de capacitación y por el afecto hacia ellos tienen un alto grado de compromiso hacia las tareas, sin un límite de horarios; este cuidado informal es brindado principalmente por hermanos, esposa e hijos, a más de la participación de amigos y vecinos. Estas personas asisten al adulto mayor en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que incluyen, lavar, alimentar, movilizar y realizar actividades domésticas, entre otros, por lo que existen diferencias en la intensidad del cuidado en función del grado de dependencia (Anjos et al., 2014).

El segundo y de interés para esta investigación hace alusión al cuidador formal, definido como: “el conjunto de acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas y de los demás” (Flores, Jenaro, Moro y Tomşa, 2015, p.62). Estos cuidadores reciben remuneración por sus servicios y brindan atención al adulto mayor, ya sea en instituciones públicas o entidades privadas (Cerquera et al., 2016). El cuidador se puede enfrentar a situaciones difíciles, debido al deterioro progresivo del individuo a quién cuida, ausencia de recursos, carencia de conocimientos y de habilidades para enfrentar situaciones de asistencia que son aspectos que pueden comprometer la calidad de vida; por ello, la función de estas personas depende de aspectos relacionados con el paciente y su enfermedad, la gravedad de esta, su impacto sobre el estado físico, la cognición, estado de ánimo, la motivación por mejorar y las expectativas personales que influyen en ambas partes (OMS, 2015).



Además, el cuidador formal es la persona quién debe recibir una capacitación teórico práctica desde una concepción biopsicosocial de la vejez y del envejecimiento en interacción con su entorno, para generar nuevas habilidades en la toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación en caso de ser necesario; esta capacitación apunta a la adquisición de conocimientos y habilidades con el objetivo de promover la autonomía de las personas mayores, mediante el acompañamiento, apoyo y sustitución en las actividades, además de proveer en forma óptima y adecuada servicios de cuidados y asistencia (Gómez, Peñas y Parra, 2016).

Dentro de las funciones que el cuidador formal debe ejecutar, están las tareas como: asistir en las actividades básicas cotidianas, entre ellas, la preparación y el consumo de alimentos, higiene mayor y menor, y vestimenta; apoyar en cambios de posición del cuerpo de ser necesario; desplazamientos dentro y fuera de la institución; colaborar en tareas de cuidado básico en salud; ayudar en la administración de medicamentos; resolver situaciones de crisis, por ejemplo, ante urgencias o accidentes; disponer y manipular equipos médicos (sillas de ruedas, oxígeno, ayudas ortopédicas); mediar en la comunicación con terceros y en la integración de la familia con la persona cuidada; atender las visitas y acompañar en las actividades de ocio del adulto mayor (Gómez et al., 2016).

Como se menciona anteriormente, el trabajo que realiza este cuidador formal, puede desencadenar consecuencias tanto positivas como negativas. Las positivas indican que estas personas pueden encontrarle sentido a la vida, presentar sentimientos de satisfacción por ayudar y brindar un mejor cuidado al disfrutar del tiempo que comparte con la persona asistida, sentirse útiles ante la sociedad y adquirir conocimiento sobre salud y cuidado; además, desarrollan autoconfianza sobre su capacidad para suministrar una atención eficiente, apropiada y de calidad a la persona dependiente (Lawton, Brody y Saperstein, 1989; Pearlin y Schooler, 1978).

En relación a las consecuencias negativas, un estudio realizado en Chile determinó que esta actividad puede alterar la salud física, mental y el bienestar subjetivo del cuidador por las jornadas extensas de la asistencia, la sobrecarga del trabajo, las situaciones de estrés, ansiedad y altos grados de dependencia funcional del adulto mayor; sumándose también la falta de apoyo, pérdida de relaciones sociales y familiares y finalmente la disminución de las actividades de ocio y recreación (Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento, 2015). Esta actividad laboral acarrea la experimentación de síntomas emocionales, psicológicos y



fisiológicos que influyen de forma negativa en la asistencia adecuada del adulto mayor, a más de la percepción y disminución de la calidad de vida del cuidador y la persona dependiente (Cerquera et al., 2016; Giraldo y Franco, 2006).

Otro punto importante, son los factores de protección y riesgo que tiene esta labor, los cuales dependerán de la percepción del cuidador formal, siendo para algunos una experiencia gratificante por los recursos que poseen y para otros estresante, no obstante, el apoyo que recibe el cuidador ayuda a un mejor control del estrés personal y el sentimiento de cansancio. Como un factor de riesgo están las situaciones de estrés, lo que puede aumentar el riesgo de padecer problemas físicos y alteraciones psicosociales, al renunciar a parte de su vida social, familiar y personal, generando problemas en relaciones con el entorno y con sus pares (Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011; Fernández, 2004).

Otros factores están encadenados a la edad, sexo, tiempo de cuidado, nivel socioeconómico y educacional, debido al esfuerzo en las funciones que debe cumplir, tanto físicas como psicológicas, siendo percibidas en diferentes grados como cansancio, irritación, frustración, dolores somáticos y sobrecarga (Achury et al., 2011). Roca et al. (2000) consideran que la reducción de ocio y el tiempo libre son factores que pueden generar un aislamiento y problemas en las relaciones sociales y psicológicas como ansiedad y depresión. De igual forma, existirán más factores que se relacionen con el cuidador y su trabajo; entre ellos están el estilo de afrontamiento, motivación por su trabajo, salud y otros (Aguilar et al., 2015).

Respecto a la calidad de vida, su estudio se remonta a Estados Unidos, en el año de 1975, donde se abordaron términos como la felicidad y bienestar; posteriormente, se postula como un concepto sensibilizador que proporciona una orientación centrada en la persona y su ambiente, siendo empleado como un constructo social que ofrecía a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y la guía para la práctica del servicio humano, la autodeterminación y el logro de un mayor bienestar con su vida (Gómez y Sabe, 2000; Urzúa y Urizar, 2012; Vega, Jerano, Flores, Cruz y Artaza, 2013).

La calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida de acuerdo a su cultura, sistema de valores en el que vive y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses. Este concepto es utilizado por la Organización Mundial de la Salud y el Grupo de la Organización Mundial de la Salud sobre la Calidad de Vida (Grupo WHOQOL, 1996),



puesto que sus definiciones son similares (Achury et al., 2011). Del mismo modo, Ferrell, Grant, Funk, Green y García (1997) se enfocan en los atributos positivos y negativos de la vida de una persona mediante dimensiones para explicar el constructo.

Las dimensiones de la calidad de vida son: salud física, la cual hace referencia a un estado de bienestar general donde el cuerpo funciona de una manera adecuada y no simplemente como la ausencia de enfermedad, en esta dimensión se puede presentar síntomas como la fatiga, alteraciones de sueño y apetito, dolores, náuseas y malestar; salud psicológica, definida como un estado en donde el individuo es reflexivo de sus capacidades, tiene un estado cognitivo y afectivo estable, puede afrontar las tensiones de la vida, alcanzar metas y obtener la felicidad o de lo contrario pueden sentir aflicción, angustia, irritabilidad y sentimientos de enfado; relaciones sociales, entendidas como la percepción de la interacción entre dos o más personas, estableciendo diferentes tipos de vínculos, reflejando un rol en la sociedad y desempeño familiar, su mala percepción genera aislamiento y evitación; y por último, ambiente/entorno, mismo que incluye factores físicos, químicos y biológicos, que influyen en la salud de un individuo (Achury et al., 2011; Grupo WHOQOL, 1996; Sari y Rumipulla, 2016).

De acuerdo a lo mencionado, se puede apreciar a este constructo como un concepto individual, debido a que cada persona tiene su propio concepto sobre la vida, y dinámico porque cambia en periodos de tiempo; de igual forma, la calidad de vida está influenciada por la experiencia y características de especificidad, interdependencia y subjetividad del individuo, de tal manera que si el aspecto físico de una persona se ve afectado, esto puede repercutir en los demás; como el psicológico, cultural y social (Aguilar, Álvarez y Lorenzo, 2011; Sari y Rumipulla, 2016).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, un estudio comparativo entre la calidad de vida y el perfil sociodemográfico de cuidadores formales e informales, estimaron que el 75.3% y el 95.6% respectivamente representan al género femenino con una educación entre primaria y secundaria; asimismo, obtuvieron que la dimensión salud física, está igualmente afectada en ambos grupos, dado que el promedio obtenido representa solamente el 55.5%, destacando la fatiga y los cambios en el sueño como los aspectos más afectados y relacionados con la salud física; de igual forma, en el bienestar psicológico y social, el grupo mayor afectado es el del cuidador formal, mostrando síntomas como apatía, irritabilidad y pérdida de tiempo libre, por otro lado, los cuidadores informales reportaron mejores



resultados en el bienestar espiritual, con un promedio que representa el 80.7% (Flórez, Prieto y Lián, 2010).

Asimismo en España, Flores et al. (2015) en un estudio comparativo sobre la salud y la calidad de vida de cuidadores formales e informales, hallaron que hay una prevalencia del género femenino en el cuidado en ambos grupos. En cuanto a la calidad de vida encontraron que los familiares tienen una peor salud física y psicológica, producto de su atención prestada al adulto mayor, en comparación de los cuidadores formales que muestran una situación más ventajosa, una de ellas, es que su trabajo es remunerado y con formación especializada, lo cual ayuda a que presenten una mejor calidad de vida en cuanto al área social, familiar y personal.

En Cuba, en un estudio realizado por Expósito (2013), concluyendo que existe un predominio de las mujeres en ser cuidadoras informales entre intervalos de edad desde los 38 a 59 años, con mayores vínculos laborales, mayor nivel de estudio técnico o superior que los hombres y con un mayor porcentaje de deterioro a nivel físico que representa el 73.6%. De igual forma, Pinzón y Carrillo (2016), realizaron un estudio de abordaje cuantitativo-descriptivo sobre la calidad de vida en 55 cuidadores informales, obteniendo entre sus resultados más relevantes una predominancia del género femenino, un nivel medio en la percepción de calidad de vida global, dimensión de salud física, psicológica y social, en contraste, con lo espiritual que reportó un alto nivel de calidad de vida.

El estudio realizado en España por López et al. (2009) acerca del rol del cuidador primario y sus repercusiones sobre la calidad de vida y la salud, el cual fue elaborado con 156 cuidadores y 156 participantes de un grupo control que no eran cuidadores, encontrando que existe una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores por una posible disfunción familiar y una sensación de apoyo social insuficiente. El 48.1% de los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala, frente al 31.4% del grupo control. En cambio, en una investigación elaborada en Barcelona, sobre vivencias y la calidad de vida en los cuidadores formales, determinaron que la mayoría eran mujeres y percibían a su trabajo como gratificante, aunque les generaba sentimientos de impotencia; en cuanto a la calidad de vida, hallaron que la mayoría presenta una buena salud o dificultades moderadas en la misma (López, 2017).



En otro estudio realizado en Colombia, Ávila y Vergara (2014) determinaron que la salud mental, el estado emocional y la vitalidad del cuidador informal son los elementos de la calidad de vida psicológica más afectados por la presencia de sentimientos de miedo e inseguridad, que generalmente son producidos por el estado de salud del paciente; además, los resultados expusieron bajos niveles de salud física y deterioro en la participación social, demostrando un bajo rendimiento y valoraciones desfavorables en la interacción con el ambiente. Por otro lado, en datos sociodemográficos señalan que las cuidadoras mujeres presentan un mayor deterioro de su calidad de vida y experimentan más síntomas depresivos que los hombres, mostrando un nivel de rendimiento reducido en la salud física, con quejas somáticas frecuentes por fatiga y alteraciones en el sueño.

En el plano nacional, no hay estudios en cuidadores formales de adultos mayores sobre la calidad de vida, sin embargo, en la ciudad de Guayaquil, se realizó un estudio con el objetivo de describir los efectos en las dimensiones de la calidad de vida del cuidador de personas con discapacidad física severa, siendo un diseño no experimental descriptivo, en el cual se aplicó a 31 cuidadores participantes el instrumento WHOQOL-BREF de calidad de vida, con resultados que demostraron que el dominio de mayor afectación es el que tiene relación con el medio ambiente, por la falta de libertad, referido al tiempo de ocio; además, es relevante mencionar que el 90% eran mujeres con una edad media de 46 años, siendo un factor desfavorable en la dimensión de salud física por la fuerza que se requiere para el cuidado (Rodríguez y Jara, 2016).

Con referencia a lo anterior en la ciudad de Esmeraldas, se realizó un estudio de tipo transversal y abordaje cualitativo-cuantitativo sobre la calidad de vida a 86 cuidadores de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, cuyos resultados sociodemográficos evidencian que el 74.2% corresponde al sexo femenino y el 25.4% al sexo masculino; en cuanto a la calidad de vida global el 50% de ellos manifestaron que es muy mala, y el 34.8% refieren tener problemas con su salud física, debido a la fuerza y el tiempo empleado en el cuidado del paciente (Reyes, 2017).

En el plano local, no existen estudios sobre las variables de esta investigación; sin embargo, es necesario citar a Martínez y Sisalima (2015), quienes realizaron un estudio sobre el nivel de sobrecarga y calidad de vida en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos, con un diseño cuantitativo descriptivo en 30 cuidadores, en los que 17 son mujeres y 13 hombres con una edad media de 57.4 años; asimismo encontraron que el género masculino



tienen un nivel de educación superior al femenino, debido a que culminaron bachillerato y educación superior; en cuanto a la calidad de vida se evidencia que los dominios físico y del medio ambiente tienen un menor nivel en los hombres y en las mujeres se observa deteriorados los dominios psicológico y de relaciones sociales, y a nivel global, todos los dominios de la calidad de vida está más deteriorado en el género femenino.

Por último, es importante especificar que se encontró pocas investigaciones en cuidadores formales, pero si se encontraron estudios realizados a cuidadores informales que cumplen con un rol similar, pero con personas dependientes por diferentes factores como: discapacidades, enfermedades crónicas, niños y pocas investigaciones en individuos que cuidan a los adultos mayores de forma especializada y remunerada; por lo que, se debe centrar la investigación en el cuidador formal del adulto mayor y realizar estudios sobre su estado, trabajo y carga, debido a que según el nivel de calidad de vida de los cuidadores pueden cambiar en el trato, servicio y asistencia que se le da al adulto mayor (Vega, Garnica, Rincón y Rincón, 2015).

En cuanto a los beneficiarios, los principales son los centros geriátricos y cuidadores participantes, asimismo, el estudio es de gran relevancia para otros centros especializados en el cuidado del adulto mayor que no son parte de la investigación; además, este estudio puede servir como base para futuras investigaciones en la Facultad de Psicología o estudios relacionados y finalmente a nuestro crecimiento individual y profesional.

Las preguntas de investigación que orientaron al estudio, son: ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los cuidadores de adultos mayores residentes de centros geriátricos de la ciudad de Cuenca?, ¿Qué dominio de la calidad de vida está más afectado en el cuidador de adultos mayores? y ¿Cuál es el nivel de calidad de vida del cuidador de adultos mayores según características sociodemográficas?

Las preguntas de investigación se vincularon con el objetivo general del estudio que se orientó a describir el nivel de calidad de vida de los cuidadores de adultos mayores en centros geriátricos en Cuenca, acorde con los objetivos específicos, se planteó identificar el nivel de calidad de vida en los cuidadores de adultos mayores según las características sociodemográficas y determinar el dominio de la calidad de vida que está más afectado en los cuidadores de adultos mayores.



PROCESO METODOLÓGICO

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo debido a que la recolección de datos se formuló en base a una medición numérica y un análisis estadístico, con la finalidad de medir varios elementos del instrumento sobre el nivel de calidad de vida. Tuvo un alcance descriptivo y transversal, por lo que, se buscó determinar y describir las características, funciones, consecuencias y rasgos importantes de los cuidadores formales. El tipo de diseño fue no experimental porque la investigación se la realizó sin manipular deliberadamente variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Se realizó una muestra por conveniencia trabajando únicamente con los centros que nos brindaron apertura y accesibilidad, además, es importante mencionar que no existen datos de cuantas personas laboraban como cuidadores formales en la ciudad de Cuenca, por lo cual, no se logró calcular el error muestral.

La muestra lo constituyeron 48 participantes entre hombres y mujeres, cuidadores formales de los adultos mayores que trabajaban en los centros geriátricos: Hogar de Cristo Rey, Hogar Jardines, Plenitud y Hogar Miguel León de la Ciudad de Cuenca que tienen modalidad residencial. Considerando que la muestra corresponde a un número reducido, se trabajó con todos los cuidadores que cumplían con los criterios de inclusión.

Entre los criterios de inclusión, tuvimos a cuidadores formales de adultos mayores desde los 18 años de edad en adelante sin importar la especialización o profesión, que deseen participar en el estudio y firmar el consentimiento informado, además, se incluye laborar como cuidador formal en las instituciones mencionadas. Entre los criterios de exclusión considerados estuvieron: personas que no supieran leer y escribir, individuos que desempeñen otro trabajo remunerado aparte de cuidador/a formal y personas que cumplan los criterios de inclusión pero que no desean participar en el estudio de forma voluntaria.

En cuanto a la caracterización de la muestra, los participantes en su mayoría fueron mujeres ($n=46$) entre 22 y 65 años con una media de 35.15 años ($DE=11.5$) quienes laboraban en el cuidado de adultos mayores en jornadas de trabajo oscilantes entre 4 y 11 horas de trabajo con una media de 8.10 ($DE=1.1$); su carga laboral era de entre 1 y 6 adultos. El restante de características sociodemográficas se encuentra especificado en la *tabla 1*.

Tabla 1.

Caracterización de participantes n=48.

Características		<i>n</i>	Características		<i>n</i>	
Sexo	Mujeres	46	Cuenta con el apoyo de alguien	Si	38	
	Hombres	2		No	10	
	Soltero	20		Padres	16	
Estado Civil	Casado	17	¿Quien?	Esposo	17	
	Separado/divorciado	4		Hijos	1	
	Viudo	1		Hermanos	4	
	Unión libre	6		Nadie	10	
Escolaridad*	Primaria completa	5	Número de adultos que cuida	1-2	3	
	Secundaria incompleta	11		3-4	4	
	Secundaria completa	26		5 o mas	41	
	Técnico / Tecnólogo Superior incompleta	2	2	Convivencia	Solo	6
					Con pareja	19
					Familiares	23
					Entre 4 y 8 horas	3
	Superior completa	2	Jornada laboral	8 horas	40	
Superior completa	2	Más de 8 horas		5		

Nota: * Primaria: de primero a séptimo de básica; secundaria: de octavo de básica a tercero de bachillerato; superior: estudios universitarios

Respecto a la utilización de instrumentos se utilizaron los siguientes:

a) Ficha sociodemográfica (Anexo 1) orientada a la recolección de datos, para conocer la conformación de la muestra y cumplir con el objetivo específico planteado. Esta aportó una información básica de los participantes como: sexo, edad, género, estado civil, nivel de instrucción, cantidad de personas adultas mayores a su cargo, periodo que ha laborado en el centro como cuidador/a, número de horas que labora.

b) Escala WHOQOL-BREF de WHO Quality of Life Assessment Group (1996), la cual se utilizó con la finalidad de determinar el nivel de calidad de vida en los cuidadores. El instrumento evalúa cuatro dominios: físico, psicológico, social y de entorno. Presenta un nivel de confiabilidad adecuado, con un alfa de Cronbach de .80 de forma global y para el dominio físico de .82, psicológico .75, relaciones sociales de .66 y de relación con el entorno de .80, Nuestra investigación presentó un Alfa de Cronbach general de los 4 dominios de .91, en el dominio físico ($\alpha=.75$), en el dominio psicológico ($\alpha=.84$), en el dominio social ($\alpha=.78$)



y por último en el dominio de relaciones sociales ($\alpha=.89$). La escala consta de 26 preguntas presentadas en tipo Likert auto-aplicada, en donde se revierten 3 preguntas que son evaluadas negativamente (P3, P4, P26). Posterior a los resultados obtenidos, se realiza la conversión en la tabla de equivalencias, de puntajes brutos a puntajes transformados (Sari y Rumipulla, 2016). Cabe recalcar que para cumplir uno de los objetivos, concerniente a la relación de las características sociodemográficas con la calidad de vida se incluye dos valores: (1-5) que evalúa la calidad de vida general y de salud y (4-20) evalúa los cuatro dominios, expresado en la tabla 2, 3, y 4 que indica que la manera en que se realizó el procedimiento fue distinta a las demás tablas, implicando que los valores obtenidos en el primer caso pueden oscilar entre puntuaciones de 1 a 5 y los resultados restantes pueden encontrarse entre 4 y 20 (Anexo 2).

Procedimiento

Para la ejecución de la investigación primero se solicitó el permiso en los centros geriátricos, los cuales fueron elegidos debido a la apertura de los mismos. El encuentro con los participantes y aplicación de instrumentos fue en el marco de un taller de tres días de duración enfocado a sensibilizar al cuidador y a brindar estrategias para mejorar su calidad de vida dentro y fuera de la institución. La aplicación de los instrumentos se realizó al inicio de cada taller, el tiempo aproximado para que los participantes puedan completar los cuestionarios fue entre 20 y 25 minutos aproximadamente y sin dificultad alguna, siendo realizada entre los meses de noviembre y diciembre. Sin embargo, semanas anteriores a la realización de estos talleres, se acudió a cada uno de los centros para obtener información de horarios y modalidades en las que laboraban los participantes, debido a que no todos acudieron a los talleres, por ello se acudió a los centros geriátricos para localizar a las personas que no asistieron para la aplicación de manera individual del consentimiento informado, ficha sociodemográfica y del instrumento WHOQOL-BREF.

Análisis de Datos

El análisis se muestra mediante medidas de tendencia central y dispersión; además, el establecimiento de tendencias se lo realizó considerando la media (\bar{X}) y la Desviación estándar (DE) de la escala de los dominios, lo cual se muestra mediante frecuencias. Para la descripción de la calidad de vida según las variables sociodemográficas se decidió agrupar a los participantes según sus características. El grupo “sin pareja” estuvo conformado por aquellos participantes solteros, separados, divorciados y viudos, mientras que el grupo “con



pareja” se conformó por los casados y aquellos que vivían en unión libre. Por otra parte, la escolaridad primaria correspondía a quienes la habían culminado y tenían incompletos sus estudios secundarios y la escolaridad secundaria se conformaba por los bachilleres. El procesamiento de datos se lo realizó en el programa estadístico SPSS.

Aspectos Éticos

El estudio cumplió con una serie de requisitos éticos establecidos por el APA, con los cuales se garantiza la confidencialidad de los participantes, la participación voluntaria y anónima a través de la firma del consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento aprobado por el COBIAS (Comité de Bioética en Investigación en el Área de la Salud, Anexo 3) en el que se debe informar la naturaleza del estudio, en un lenguaje claro y comprensible, además de indicar que la información tiene fines académicos y cuyos resultados serán socializados con las instituciones y participantes.



PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Conforme a los objetivos planteados en nuestra investigación, se presentaran los siguientes resultados: el nivel general de calidad de vida y la satisfacción con la salud; seguido por, los dominios de calidad de vida y cuál es el más afectado y por último, se expone la relación de las características sociodemográficas con la calidad de vida, entre estos: estado de pareja, escolaridad, apoyo afectivo de otra persona y grupo etario.

Se debe mencionar que el reporte de algunas variables sociodemográficas, como: horas de trabajo, numero de adultos que cuida y otro trabajo remunerado no se presenta debido a que estos resultados están dentro de categorías balanceadas, por lo cual no se las relaciona con la calidad de vida.

Percepción del nivel general de calidad de vida y satisfacción con la salud

Los resultados que se encuentran en relación al objetivo general indican que la calidad de vida general percibida fue calificada como “normal” por 31 participantes; y los 17 restantes lo hicieron positivamente con percepciones de “bastante bien” y “muy bien”, con una puntuación media de 3.52 ($DE=.8$). La figura 1 muestra que la percepción de los cuidadores era positiva.

Este resultado es similar al estudio de Pinzón y Carrillo (2016) en donde la calidad de vida percibida era media, y se contrarresta con el estudio realizado en Esmeraldas a 86 cuidadores informales donde obtuvieron que la mitad de la población presentó una calidad de vida general baja (Reyes, 2017). También es importante acotar, que el estudio comparativo realizado en España, muestra resultados de que los cuidadores formales tienen una situación más ventajosa que los informales, por la formación especializada y la remuneración por lo cual muestran una mejor percepción de la calidad de vida (Flores et al., 2015).



Figura 1. Calidad de vida general (Escala 1-5)

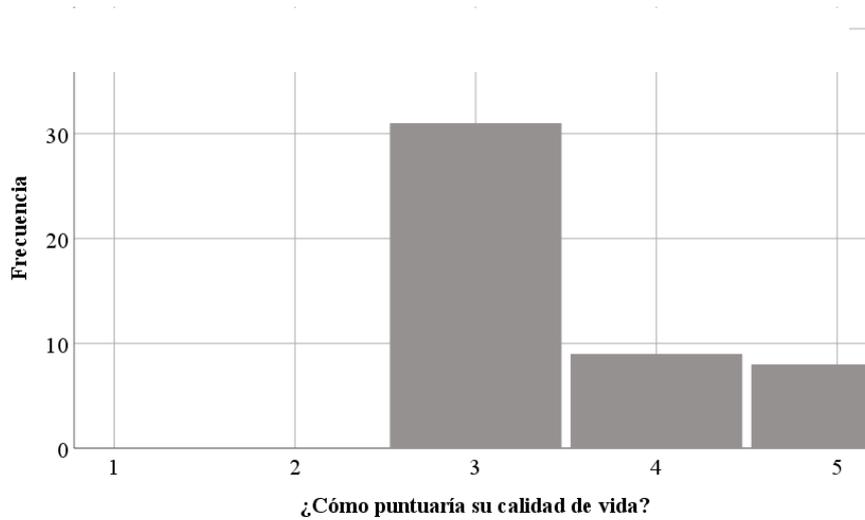


Figura 1. El histograma muestra la distribución de respuestas; el eje horizontal muestra la puntuación asignada y el eje vertical la frecuencia.

La satisfacción de salud de los participantes mostró una postura neutral en la mitad de ellos, encontrándose 2 personas poco satisfechas y las 21 personas restantes revelaron una satisfacción positiva; la figura 2 muestra una dirección general hacia una alta satisfacción, además se registró una media de 3.42 ($DE=.8$). Este resultado se contrarresta con la investigación realizada en España, en donde el 48.1% de las cuidadoras informales respondieron que su salud era mala o muy mala (López et al., 2009).

Figura 2. Satisfacción de salud (Escala 1-5)

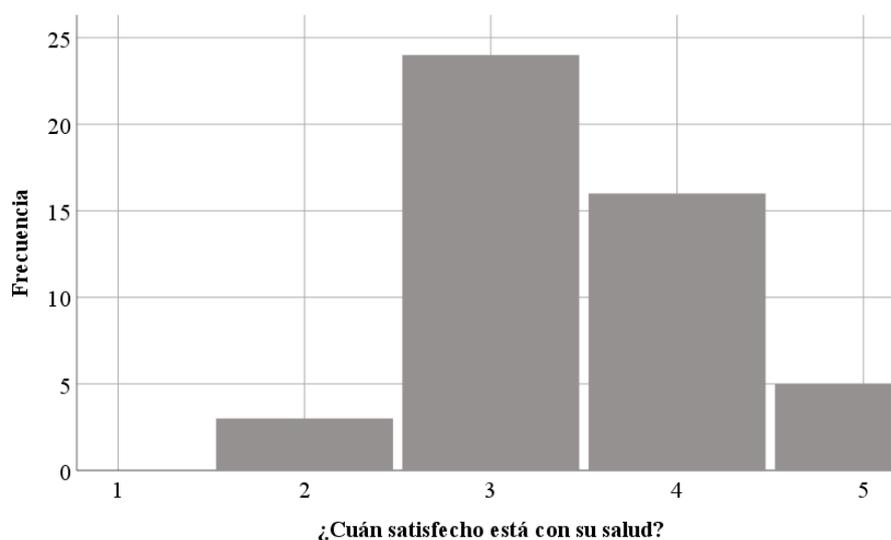


Figura 2. El histograma muestra la distribución de respuestas; el eje horizontal muestra la puntuación asignada y el eje vertical la frecuencia



Dominios de calidad de vida (Escala 4-20).

Se reveló un resultado positivo de calidad de vida en los cuidadores formales de adultos mayores con puntuaciones oscilantes de entre 7 y 20 con frecuencias por encima de la media de la escala ($\bar{X}=12$); el dominio mejor puntuado resultó ser el psicológico con una media de 15.2 ($DE=2.4$), que indica que el individuo es reflexivo de sus capacidades y puede afrontar las tensiones de la vida, posee un estado cognitivo y afectivo estable; seguido por el físico con una media de 14.8 ($DE=2.8$) lo cual hace referencia al estado de bienestar general donde el cuerpo funciona de manera adecuada (Sari y Rumipulla, 2016). El resultado discrepa de un estudio comparativo realizado por Flórez, Prieto y Lián (2010), en donde el dominio más afectado en los dos tipos de cuidadores fue el físico, destacando la fatiga y los cambios en el sueño, seguido del dominio psicológico como el más afectado en el cuidador formal. De igual forma Ávila y Vergara (2014) determinan que el dominio psicológico es el más afectado, por la presencia de sentimientos de miedo e inseguridad que afectan la salud mental y estado emocional del cuidador.

Las dimensiones referentes a relaciones sociales y ambientales resultaron con medias de 13.9 ($DE=3.1$) y 13.1 ($DE=2.4$) respectivamente siendo los más afectados. Este resultado coincide con el estudio realizado en Guayaquil, en donde se obtuvo que el dominio de mayor afectación es el que tiene relación con el medio ambiente, por la falta de libertad, que se refiere al tiempo de ocio (Rodríguez y Jara, 2016). De igual forma, en otro estudio realizado en Colombia, por Ávila y Vergara (2014) obtuvieron un deterioro en la participación social demostrando un bajo rendimiento y valoraciones desfavorables en la interacción con el ambiente.

La figura 3 muestra una alta dispersión de datos en el dominio de relaciones sociales, lo que implica heterogeneidad de comportamiento, además en el dominio ambiental se registraron 3 casos atípicos con puntuaciones muy por encima del resto del grupo y una muy por debajo.

Figura 3. Dominios de calidad de vida (Escala 4-20)

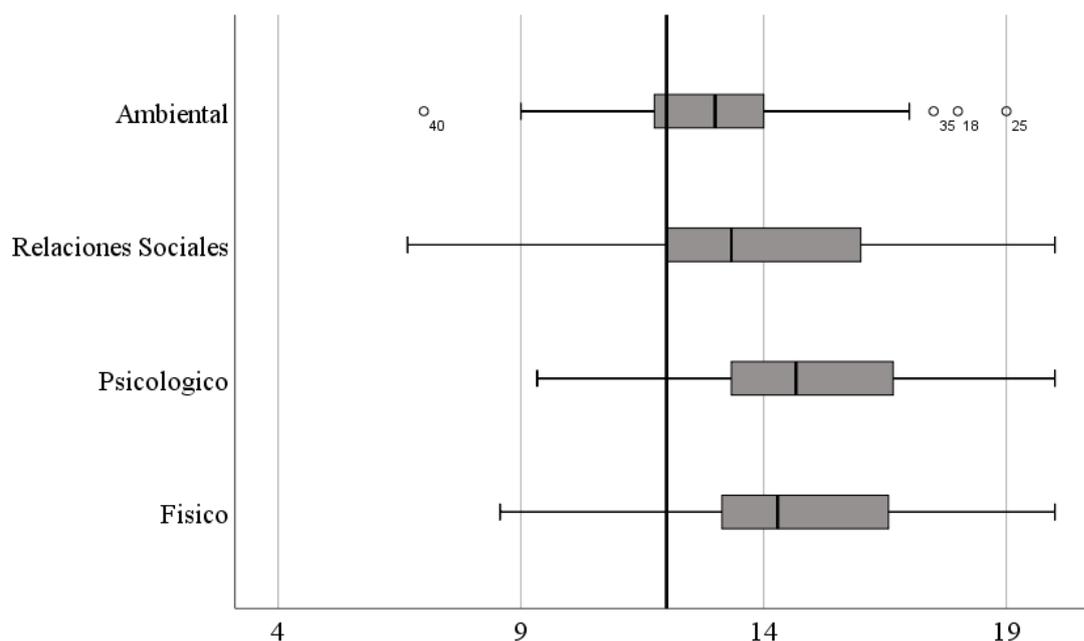


Figura 3. El diagrama de cajas y bigotes muestra la distribución de resultados; las líneas verticales indican los valores: mínimo, máximo y cuartiles; la amplitud de la figura representa la dispersión de datos y los círculos externos casos atípicos.

Para establecer una tendencia o direccionalidad de la percepción de los dominios, se tomó como referencia la media de la escala ($\bar{X}=12$) y no de los participantes. Aquellas personas con puntuaciones inferiores mostraban una direccionalidad hacia una baja calidad de vida. Fueron 18 personas quienes se encontraban en esta categoría en los dominios: ambiental y relaciones sociales, mientras que en los dominios psicológico y físico la octava parte aproximadamente estaba en la categoría de baja calidad de vida (Figura 4).

Este resultado puede ser comprobado con la teoría expuesta, en donde se resalta que el cuidador formal puede sufrir consecuencias negativas o positivas y tener factores de protección y riesgo que intervienen en la percepción de la calidad de vida y de los dominios, ya sea como gratificante o estresante (Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011; Fernández, 2004).

Si bien este resultado no forma parte de nuestros objetivos del estudio, es presentado para conocer el número de personas que se direccionan hacia una alta o baja calidad de vida y que pueden servir para comparar con otras investigaciones.

Figura 4. Tendencia de los dominios de calidad de vida

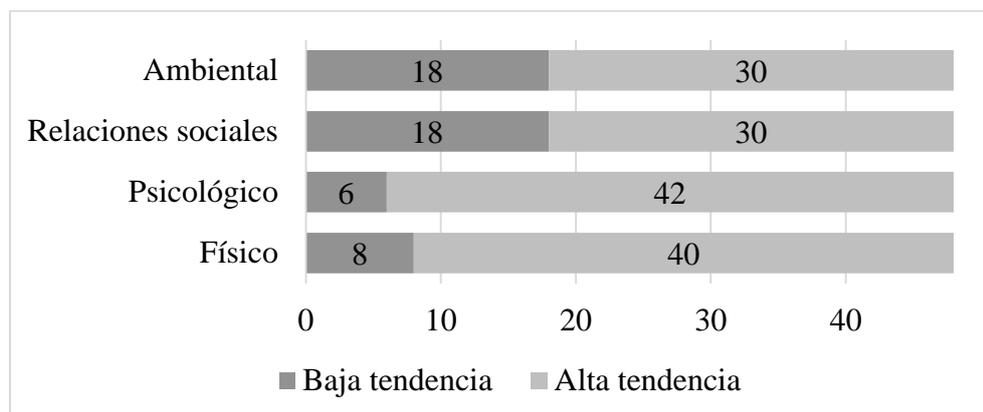


Figura 4. El diagrama de barras apiladas muestra la frecuencia de cuidadores en cada categoría.

Calidad de vida según variables sociodemográficas.

Los resultados revelaron que la calidad de vida general percibida por los participantes era ligeramente superior a la satisfacción de la salud; además se encontró que aquellas personas con escolaridad secundaria tenían puntuaciones más altas en cada uno de los dominios siendo el principal el de relaciones sociales; mientras que, el dominio predominante en las personas con los dos tipos de estado de pareja y con escolaridad primaria era el psicológico. Asimismo, se determinó que el dominio ambiental era el más afectado en todos los dominios analizados. Este indicador discrepa con un estudio local, en donde concluyeron que el sexo femenino tenía un nivel de educación bajo y mostraron un mayor deterioro en los dominios psicológico y de relaciones sociales, en cambio en los hombres con una escolaridad más alta presentaron bajos niveles de los dominios físico y medio ambiente (Martínez y Sisalima, 2015). Las dispersiones de datos resultaron bajas lo que indicó similitud de percepción en cada uno de los grupos, detalles en la tabla 2.

Tabla 2.
Calidad de vida según situación civil y escolaridad

Dominio (escala)	Estado de pareja				Escolaridad			
	Sin pareja (n=25)		Con pareja (n=23)		Primaria (n=16)		Secundaria (n=28)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Calidad de vida general (1-5)	3.6	.8	3.3	.8	3.4	.7	4.2	.8
Satisfacción de salud (1-5)	3.5	.8	3.1	.4	3.4	.8	4.0	.6
Físico (4-20)	14.9	2.8	14.8	2.5	14.7	2.7	16.1	3.3
Psicológico (4-20)	15.1	2.5	15.1	2.2	14.9	2.4	16.0	2.7
Relaciones Sociales (4-20)	13.8	3.3	14.3	1.8	13.4	3.0	16.9	2.9
Ambiental (4-20)	13.3	2.4	12.1	1.9	12.7	2.2	15.8	1.9

Las percepciones generales de salud y calidad de vida resultaron similares en todas las preguntas. Se encontró que aquellas personas que viven solas y que no cuentan con el apoyo de otros tenían una mayor puntuación en el dominio físico. El resultado es diferente al estudio realizado en España a 156 cuidadores informales, en donde concluyeron que las personas con mayor frecuencia en disfunciones familiares y sensación de apoyo insuficiente tienen mayor afectación del dominio psicológico (López et al., 2009). A diferencia de quienes vivían con su pareja o familiares que presentaban esta dimensión mejor percibida.

El dominio más afectado en todos los casos resultó ser el ambiental excepto quienes viven solos, ellos tenían el dominio social más afectado; la tabla 3 además de estos detalles muestra que el comportamiento de datos era similar en cada dominio y que quienes vivían con su pareja tenían percepciones aparentemente más positivas. Este resultado puede ser comprobado con la teoría expuesta, en donde se expresa que esta actividad puede alterar el bienestar subjetivo del cuidador, debido a jornadas extensas de trabajo, sobrecarga del mismo, pérdidas de relaciones sociales, familiares y disminución de actividades de ocio y recreación, elementos que están dentro de las dimensiones (Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento, 2015). Además, de que el apoyo que el cuidador formal percibe como un factor de protección, ayuda a un mejor control del estrés y el sentimiento de cansancio (Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011)

Tabla 3.

Calidad de vida según convivencia

Dominio (escala)	¿Con quién vive?						¿Cuenta con el apoyo de alguien?*			
	Solo (n=6)		Con pareja (n=19)		Familiares (n=23)		Si (n=38)		No (n=10)	
	Me dia	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
¿Cómo puntuaría su calidad de vida? (1-5)	3.0	.0	3.6	.8	3.6	.8	3.6	.8	3.4	.7
¿Cuán satisfecho está con su salud? (1-5)	3.0	.0	3.7	.8	3.4	.8	3.6	.8	3.0	.5
Físico (4-20)	14.4	3.2	15.6	2.9	14.3	2.4	14.9	2.6	14.6	3.5
Psicológico (4-20)	13.3	2.7	16.2	2.4	14.6	1.9	15.3	2.2	14.1	3.0
Relaciones Social (4-20)	11.8	3.9	15.4	2.8	13.2	2.8	14.2	2.8	12.4	4.0
Ambientales (4-20)	12.3	2.0	14.2	2.6	12.4	2.0	13.3	2.2	12.3	2.7

La tabla 4 muestra que el dominio con mayor puntuación en los adultos jóvenes resultó ser el psicológico mientras que en los adultos de edad media el físico; resultado que es contrario al estudio realizado en Guayaquil a 31 cuidadoras con una media de edad de 46 años, concluyendo que el dominio físico es el más afectado por la fuerza que se requiere para el cuidado (Rodríguez y Jara, 2016).

Asimismo, el dominio ambiental era el más débil en los adultos jóvenes y en adultos de edad media fue el de relaciones sociales; al parecer los adultos jóvenes tienen perspectivas más positivas que los adultos de edad media en los diferentes dominios. Este resultado se compara con la teoría, en donde la reducción de ocio y el tiempo libre como un factor de riesgo pueden generar un aislamiento y problemas en las relaciones sociales y psicológicas como ansiedad y depresión (Roca et al., 2000). De igual forma, existen otros factores que se relacionan con el cuidador formal y su trabajo; entre ellas estilo de afrontamiento, motivación por su trabajo, salud y otros (L. Aguilar et al., 2015)

Tabla 4.

Calidad de vida según grupo etario

Dominio (escala)	Adultos jóvenes (n=37)		Adultos de edad media (n=10)	
	Media	DE	Media	DE
¿Cómo puntuaría su calidad de vida? (1-5)	3.5	.8	3.6	.8
¿Cuán satisfecho está con su salud? (1-5)	3.6	.8	3.1	.7
Físico (4-20)	14.8	2.5	15.2	3.5
Psicológico (4-20)	15.2	2.3	14.8	2.8
Relaciones Sociales (4-20)	14.2	2.9	12.8	4.0
Ambiental (4-20)	13.2	2.2	12.9	3.0

Nota: de los 48 cuidadores encuestados, 47 formaban parte de adultez joven adultez media, y el uno restante se encuentran en adultez tardía.



CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos de los cuidadores secundarios o formales, se puede concluir que presentan un nivel adecuado de calidad de vida, la mayoría de participantes eran mujeres, quienes contaban con el apoyo de alguien.

En lo que se refiere a las cuatro dimensiones que forman parte de la calidad de vida (físico, psicológico, relaciones sociales y ambiental), se concluye que el afrontar las tensiones de la vida, el tener un estado reflexivo de sus capacidades y el alcanzar las metas y la felicidad, se relaciona de forma positiva con el dominio psicológico siendo el de menor afectación; de igual forma, la percepción de un estado de bienestar general del cuerpo, ayudan a que los cuidadores formales perciban el dominio físico como positivo.

De acuerdo a los resultados, en relación a los dominios de relaciones sociales y ambiental, se encontró que son los más afectados dentro de los cuatro, en especial el ambiental, por ello, se concluye que la falta de interacciones con otras personas, el no establecer vínculos y no tener un rol en la sociedad, además de percibir los factores físicos, químicos y biológicos de manera negativa afectan al resultado obtenido.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se concluye que los cuidadores formales que tienen o no pareja y presentan un nivel de educación primaria muestran una percepción positiva de la calidad de vida, en especial en el dominio psicológico, lo que indica que pueden afrontar de mejor manera las tensiones de la vida cotidiana; de igual forma, presentar una educación secundaria, contar con el apoyo de alguien como pareja o familiares ayudan como un factor de protección para que el dominio de las relaciones sociales tenga un mejor nivel.

También se puede concluir que los cuidadores formales que viven solos y que no tienen el apoyo de alguien, presentan un mejor nivel en los dominios físico y ambiental; sin embargo, estas condiciones sociodemográficas afectan de manera negativa en el dominio de relaciones sociales, debido a la falta de interacción y el posicionamiento de un rol en la sociedad.

En relación a la variable sociodemográfica de la edad, se concluye que los adultos jóvenes presentan una mejor percepción en el dominio psicológico, pero un nivel bajo en el ambiental; en cuanto a los adultos de edad media, quienes tienen mayor experiencia en el campo laboral, presentan un nivel alto en el dominio físico y bajo en el de relaciones sociales,



debido a que la percepción de los factores de protección y riesgo mencionadas anteriormente van a depender de la situación de cada cuidador formal.



RECOMENDACIONES

En nuestra investigación encontramos que una de las limitaciones es la cantidad reducida de cuidadores que participaron en el estudio, debido a la falta de apertura de algunos centros. Otra limitación es la falta de investigaciones cuantitativas realizadas en cuidadores formales, debido a que, la mayoría de estudios se centran en el cuidador informal o cuidadores que no trabajan con adultos mayores, lo cual dificultaron la comparación adecuada entre estas variables.

Por tanto, se recomienda realizar estudios tanto cuantitativos como cualitativos que permitan recoger mayor información, basándose en experiencias de los cuidadores dentro de los centros geriátricos; dentro de la misma línea, se deberían realizar estudios comparativos y longitudinales entre cuidadores formales e informales, para poder conocer las variables que pueden influir en la calidad de vida de los mismos; además, que permitan observar y verificar los cambios en el cuidador a través del tiempo.

Finalmente, a partir de los resultados, se puede recomendar que se debe realizar talleres que permitan conocer sobre calidad de vida y temas relacionados al personal de las instituciones geriátricas de la ciudad, para que reconozcan la importancia del autocuidado, salud y bienestar; además, del rol que cumple el cuidador frente al adulto mayor; así de esta manera, se lograría tener una mayor apertura por parte de los centros y un incremento de asistencia de los cuidadores formales a dichos talleres e investigaciones, lo cual les ayudaría en su desempeño laboral y vida cotidiana.



REFERENCIAS

- Achury, D. M., Castaño, H. M., Gómez, L. A. y Guevara, N. M. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 27-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282007>
- Aguilar, J. M., Álvarez, J. y Lorenzo, J. J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *INFAD Revista de Psicología*, 4(1), 161-168.
- Aguilar, L., Aguilar, M., González, R. y Valenzano, S. (2015). Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile. *Psicogeriatría*, 119-124. Recuperado de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503_0119_0124.pdf
- Anjos, K. F., Cruz, V., Brito, J. R., Narriman, R., Nagib, E. y Missias, R. (2014). Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/253>
- Ávila, J. H., y Vergara, M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan*, 14(3), 417-429. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74132361011>
- Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento. (2015). *Estudio sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado* (p. 76). Recuperado de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Final_Perfil_de_Cuidadoras.pdf
- Cerquera, A. M., Matajira, Y. y Pabón, D. K. (2016). Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (47). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=194244221002>
- Crespo, J. E., Criollo, S. C. y Cusco, J. M. (2013). *Prevalencia de Patología Psiquiátrica, características de prescripción y efectos adversos de los psicofármacos en Adultos Mayores de los centros Gerontológicos del Azuay* (Thesis, Universidad de Cuenca). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream.pdf>



- Expósito, M. Y. (2013). Características sociodemográficas de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(4), 0-0. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstractypid=S0864-03192013000400002yln=esynrm=isoytln=es
- Fernández, A. G. (2004). Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 2(2), 299-316. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-factores-riesgo-del-cansancio-el-13063440>
- Ferrell, B. R., Grant, M. M., Funk, B., Green, S. O. y Garcia, N. (1997). Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psycho-Oncology*, 6(1), 13-23. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199703\)6:1<13::AID-PON231>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199703)6:1<13::AID-PON231>3.0.CO;2-S)
- Fhon, J. R. S., Janampa, J. T. G., Huaman, T. M., Marques, S. y Rodrigues, R. A. P. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 34(3). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58704>
- Flores, N., Jenaro, C., Moro, L. y Tomşa, R. (2015). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 79. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i2.73>
- Flórez, I. E., Prieto, A. M. y Lián, A. H. (2010). Calidad de vida de cuidadores de adultos con accidente cerebrovascular. *Av. Enfermería*, 28, 52-60. <https://doi.org/10.15446>
- Giraldo, C. I. y Franco, G. M. (2006). Life Quality among Family Carers. *Aquichan*, 6(1), 38-53. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/741/74160106.pdf>
- Gómez, A. M., Peñas, O. L. L. y Parra, E. I. (2016). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 18(3), 367. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n3.53048>
- Gómez, M. y Sabeh, E. N. (2000). Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y la práctica [Universidad de Salamanca]. Recuperado de INICO website: <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Grupo de la Organización Mundial de la Salud sobre la Calidad de Vida (1996). What quality of life? / The WHOQOL Group. *World Health Forum*, 17(4), 354-356. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/54358>



- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). Recuperado de https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). Compendio Estadístico 2013. Recuperado 18 de abril de 2019, de INEC website: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/compendio-estadistico/>
- Lawton, M. P., Brody, E. M. y Saperstein, A. R. (1989). A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *The Gerontologist*, 29(1), 8-16.
- López, J. (2017). *Vivencias y calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores formales e informales de personas mayores dependientes institucionalizadas* (Ph.D. Thesis, Universitat de Barcelona). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/457194>
- López, M. J., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Morena, J. C. y Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstractypid=S1699-695X2009000200004ylnq=esynrm=isoytlnq=es.
- Martínez, E. T. y Sisalima, J. P. (2015). *Trabajo de Titulación Previo a la Obtención del Título de Psicólogo Clínico* (Pregrado, Universidad de Cuenca). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21770/1/tesis.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). Dirección Población Adulta Mayor – Ministerio de Inclusión Económica y Social. Recuperado de Ministerio de Inclusión Económica y Social website: <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/#>
- Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21. <https://doi.org/10.2307/2136319>
- Pinzón, E. A. y Carrillo, G. M. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a08>
- Plan Nacional del Buen Vivir. (2017). Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Recuperado de PNBV website: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf



- Reyes, L. L. (2017). *Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con insuficiencia renal de la ciudad de Esmeraldas* (Thesis, Universidad Católica del Ecuador SEDE Esmeraldas). Recuperado de <http://localhost/xmlui/handle/123456789/1319>
- Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L. y Pedreny, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26(4), 217-223. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78650-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78650-1)
- Rodríguez, N. P. y Jara, M. F. (2016). *Calidad de vida de los cuidadores de personas con discapacidad Física severa* (Maestría, Universidad de Guayaquil). Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/13164>
- Sari, D. M. y Rumipulla, J. N. (2016). *Calidad de vida asociada con recursos sociales y autonomía de adultos mayores* (Pregrado, Universidad de Cuenca). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27891/1/Trabajo-de-Titulaci%C3%B3n.pdf>
- Urzúa, A. y Urizar, A. C. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Vega, O. M., Garnica, M. V., Rincón, J. J. y Rincón, L. M. (2015). Calidad de vida de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 11(2), 84-95. <https://doi.org/10.22463/17949831.200>
- Vega, V., Jerano, C., Flores, N., Cruz, M. y Artaza, C. (2013). Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile desde la perspectiva de los proveedores de servicios. *Universitas Psychologica*, 12(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.cvad>
- World Health Organization. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

**ANEXOS****Anexo 1****FICHA SOCIODEMOGRÁFICA PARA EL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR**

Nombre de la Institución: _____

Buenos Días/ tardes. Desde la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca se está llevando a cabo una investigación con el fin de conocer las características de la calidad de vida en los cuidadores de adultos mayores residentes en centros geriátricos. Usted ha sido seleccionado para participar. Las respuestas que se proporcionen a este cuestionario serán tratadas de forma anónima y empleadas únicamente con fines estadísticos. La entrevista durará aproximadamente 20 minutos. Gracias por su participación. Muchas gracias.

Se ruega absoluta sinceridad al momento de responder las preguntas. Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. Sexo

1. Femenino
2. Masculino

2. EDAD: _____**3. ESTADO CIVIL**

1. Soltero (a)
2. Casado (a)
3. Separado (a) /Divorciado
4. Viudo (a)
5. Unión libre

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD

1. Primaria completa
2. Primaria incompleta
3. Secundaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Técnico / Tecnólogo
6. Superior completa
7. Superior incompleta

5. ¿CON QUIÉN VIVE?

1. Solo
2. Con pareja
3. Familiares

6. ¿CUENTA CON EL APOYO DE ALGUIEN?

1. Si
2. No
3. Quien _____



7. ¿NÚMERO DE HORAS QUE LABORA?

8. ¿TIEMPO QUE LABORA EN LA INSTITUCIÓN COMO CUIDADORA?

9. NUMERO DE ADULTOS MAYORES QUE CUIDA EN EL CENTRO EN EL QUE LABORA

1. 1 - 2
2. 3 - 4
3. 5 o más

10. FUERA DEL INSTITUTO EN EL QUE LABORA, CUENTA CON OTRO TRABAJO REMUNERADO

1. SI
2. NO

Donde: _____

Anexo 2

Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2 ¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5 ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5



9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17 ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19 ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21 ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo	1	2	3	4	5



que obtiene de sus amigos?					
23 ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25 ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

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

	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Anexo 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: **Calidad de vida en los cuidadores de adultos mayores residentes en centros geriátricos en Cuenca**

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Jessica Carolina Caimay Jara	0106663420	Universidad de Cuenca
	Juan Fernando Murillo Pesantez	0105914220	

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en varios centros geriátricos de la ciudad de Cuenca. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

En la actualidad, el envejecimiento es considerado como un fenómeno en muchas sociedades, es decir, los adultos mayores tienen más limitaciones, necesidades y cuidados, debido a esto necesitan a un cuidador para cubrir las necesidades básicas del adulto mayor. Por tanto, nuestro estudio se enfoca en la percepción de la calidad de vida de un cuidador, identificando los diferentes dominios que forman parte de la misma.

Objetivo del estudio

El objetivo del estudio es describir el nivel de calidad de vida que presentan los cuidadores de adultos mayores en centros geriátricos en Cuenca.

Descripción de los procedimientos

Para la recolección de datos se empleará una ficha sociodemográfica destinada a recolectar información básica de los participantes como: edad, género, nivel de instrucción, cantidad de personas adultas mayores a su cargo, periodo que ha laborado en el centro como cuidadora y número de horas que labora.
Para la variable calidad de vida en el cuidador se utilizará la escala WHOQOL BREF. El tiempo de la intervención aproximado será de 20 como mínimo y 30 minutos como máximo.
Si bien el consentimiento informado solicita una firma, no será necesario conocer el nombre de los participantes, pudiendo hacer uso de una rúbrica.
La codificación de los datos se llevará a cabo mediante un programa estadístico.

Riesgos y beneficios

Con el procedimiento se podría evidenciar posibles riesgos físicos y psicológicos, sin embargo, el estudio será de carácter anónimo con absoluta confidencialidad en práctica de la ética profesional. Al final de esta investigación la información que brinde a este estudio le podría ser de utilidad a la universidad para que mediante la facultad de Psicología Clínica pueda generar estrategias para mejorar la calidad de vida del cuidador. En todos los casos será resguardada la identidad de los participantes. Así también facilitarán el avance del conocimiento científico y referencia bibliográfica, si fuera necesario.

Otras opciones si no participa en el estudio

Si la persona decide no participar en la investigación no podrá conocer que dominios pueden afectar su calidad de vida, por tanto, no se podrá efectuar un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

- Usted tiene derecho a:
- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
 - 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
 - 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
 - 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
 - 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
 - 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
 - 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
 - 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
 - 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
 - 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
 - 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
 - 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
 - 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
 - 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
 - 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto
 Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 2810932 o 0992582659 que pertenece a Juan Fernando Murillo Pesantez o envíe un correo electrónico a Fernando.murillo94@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

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

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

Comité de Bioética en
 Investigación del Área de
 la Salud
 Universidad de Cuenca
APROBADO
 Fecha: **01 OCT 2018**

