

## CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RESIDENTES DE UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA

**Roberto Martín Aranda**  
Residencia Los Tres Árboles. Zamora.  
Comunidad Autónoma de Castilla y León  
marararo@jcy.es

*Recepción Artículo: 14 noviembre 2019*  
*Admisión Evaluación: 16 noviembre 2019*  
*Informe Evaluador 1: 21 noviembre 2019*  
*Informe Evaluador 2: 22 noviembre 2019*  
*Aprobación Publicación: 30 noviembre 2019*

### RESUMEN

La esperanza de vida de los seres humanos ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. Este fenómeno demográfico y social demanda una mayor atención a la forma en que viven los adultos mayores, así como a la percepción que ellos tienen de su vida.

Se analizaron los niveles de calidad de vida en una población institucionalizada identificando la percepción que tienen estas personas de la misma. Se llevó a cabo un estudio descriptivo-explicativo, no experimental, con un diseño transversal y metodología cuanti-cualitativa con 112 residentes de la institución "Los Tres Árboles", de la provincia Zamora. Se recogieron mediante entrevista individual sus datos generales y clínicos. Se aplicó la escala FUMAT, y la técnica de los grupos focales para profundizar en los determinantes de la calidad de vida por ellos percibidos y su relación con la situación vital de permanecer en una institución geriátrica.

Los niveles de calidad de vida encontrados fueron altos, siendo la dimensión más relevante, la de bienestar físico, vinculada con la independencia funcional, la autodeterminación y la inclusión social. Estas personas atribuyen una mejoría en su bienestar físico al hecho de estar viviendo en una residencia, en la cual la atención a la actividad física es percibida por ellos como fundamental. También fueron importantes el área de los derechos, la autodeterminación, la inclusión social y el desarrollo personal. El bienestar físico, la vitalidad y la independencia son, a juicio de los participantes, los principales beneficios derivados de la práctica de ejercicios físicos, en particular de los ejercicios de revitalización, así como de la fisioterapia en general que reciben.

Estos resultados han de servir para orientar el trabajo socio sanitario con vistas a, no solamente cumplir el objetivo de sumar años a la vida sino, de manera especial, a lograr agregar vida a los años.

**Palabras clave:** calidad de vida; anciano; bienestar social; envejecimiento saludable

### ABSTRACT

#### **Characteristics of the quality of life in resident of a geriatric institution.**

Human life expectancy has increased considerably in recent decades. This demographic and social phenomenon requires greater attention to the way older adults live, as well as their perception of their lives.

## CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RESIDENTES DE UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA

Quality of life levels were analyzed in an institutionalized population by identifying the perception these people have of it. A descriptive-explanatory, non-experimental study was carried out with a cross-cutting design and quantitative methodology with 112 residents of the institution "Los Tres Árboles", in Zamora province. Their general and clinical data were collected by individual interview. Their general and clinical data were collected by individual interview. The FUMAT scale was applied, and the focus group technique to deepen the determinants of quality of life perceived by them and their relationship with the vital situation of staying in a geriatric institution.

The levels of quality of life found were high, with the most relevant dimension being, that at physical well-being, linked to functional independence, self-determination and social inclusion. These people attribute an improvement in their physical well-being to the fact that they are living in a residence, where attention to physical activity is perceived by them as fundamental. Also important were the area of rights, self-determination, social inclusion and personal development. Physical well-being, vitality and independence are, in the participants' view, the main benefits derived from the practice of physical exercises, in particular the revitalization exercises, as well as the physiotherapy in general they receive.

These results should serve to guide health partner work with a view to not only meeting the goal of adding years to life but also, in a special way, to add life to the years.

**Keywords:** quality of life; aged; social welfare; healthy aging.

### ANTECEDENTES DE LA TEMÁTICA A TRATAR

El envejecimiento poblacional a nivel mundial actual ha condicionado una asistencia geriátrica que incluye la prevención de las incapacidades, procurando elevar los niveles de calidad de vida (Romero Cabrera, 2008). Entre sus componentes de la calidad de vida en los adultos mayores se destacan la salud (particularmente el validismo), el reconocimiento social y el apoyo familiar (Herazo Beltrán, Quintero Cruz, Pinillos Patiño, García Puello, Núñez Bravo, Suárez Palacio, 2017).

La condición física del adulto mayor suele ser frágil. Sus limitaciones físicas son el origen de muchas otras dificultades (Del Mar Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez, Mercader, 2015). Sus órganos de los sentidos pueden estar deficientes, existen defectos de algunas funciones cognitivas como la memoria y la atención y algunas funciones motoras están generalmente afectadas. Estas condiciones suelen llevar a cierta dependencia, soledad y problemas sociales, muchas veces más graves que los problemas físicos en sí mismos (Martínez Reig, Ruano, Sánchez, García, Rizos, Soler, 2016). La situación social se caracteriza por la pérdida de roles, la reducción de la actividad y de contactos sociales.

La representación social de la discapacidad que suele asociarse a la vejez sugiere que las personas ancianas son improductivas socialmente. Sin embargo, los ancianos pueden contribuir a la sociedad en iguales condiciones que las demás, considerando su inclusión y mereciendo el respeto ante lo diverso (Victoria Maldonado, 2013). Una percepción positiva de su estado de salud y de un relativo "rendimiento" físico contribuye de manera significativa al bienestar del adulto mayor, y, por ende, a su calidad de vida (Moral García, Orgaz García, López García, Amatria Jiménez, Maneiro Dios, 2018)

La autonomía en esta etapa de la vida es posible cuando la condición física de la persona le permite ciertos movimientos y actividades de la vida cotidiana, entre ellos el autocuidado. Esto puede volverse difícil cuando concomitan enfermedades crónicas, pero de manera especial, cuando el envejecimiento tiene lugar dentro de unas relaciones sociales desfavorables (Etxeberria Mauleon, 2014).

Los cambios demográficos que se viven en el mundo contemporáneo inducen a que algunas familias opten por institucionalizar a sus mayores, como forma de garantizar la atención que ellos no pueden brindarles, la imposibilidad de atenderlos en enfermedades difíciles y los conflictos que se acompañan de su permanencia en el hogar, determinados en gran medida porque el anciano no puede autosostenerse (Guevara Pena, 2016). Sin embargo, desde el punto de vista de ese adulto mayor, el ingreso en una residencia puede generar un estrés que afecte su calidad de vida.

Cuando el adulto mayor se incorpora a la vida institucional se produce un choque emocional ante el cambio severo del estilo de vida, los hábitos nuevos, marcados por reglas preestablecidas, que debe incorporar y la afectación de las relaciones interpersonales. El ingreso en la institución impone un aislamiento de la familia y de la cotidianidad. Según Hurtado y colaboradores los adultos mayores institucionalizados pueden percibir una situación de aislamiento al mismo tiempo que perciben las preocupaciones propias del hecho de envejecer (Hurtado Taborda, Castañeda Valderrama, Ceballos Gómez y Escobar Torres, 2019).

La situación especial que implica la institucionalización de los adultos mayores, marca algunas características propias. La depresión ha sido reconocida por diferentes autores como un síndrome de alta frecuencia entre los adultos mayores institucionalizados. La depresión suele producirse asociada a las carencias afectivas, al aislamiento social y trae como consecuencia una baja autoestima en los adultos mayores (Reyes Cisneros, 2018). Al entrar en una residencia geriátrica se produce un desarraigo de sus pertenencias y de su entorno hasta ese momento habitual.

En ocasiones el anciano institucionalizado se siente deprimido por percibir que es discriminado por ser mayor (Quizpche Chocho, 2018). Estas reacciones depresivas se han observado asociadas a la pérdida de roles, la falta de redes de apoyo emocional y los procesos de duelo (Silva y Vivar, 2015).

La autonomía funcional es determinante para la autoestima de los ancianos institucionalizados (Guerrero Martelo, Gonzalo Galván, Vásquez De la Hoz, Divina Morales, 2015). También influyen notablemente en la calidad de vida de estas personas mantener los vínculos familiares, sentirse respetados y percibir apoyo social. Algunos autores estudiando el proceso de institucionalización de los adultos mayores recomiendan emprender acciones preventivas capaces de promover un entorno adecuado, considerando los aspectos psicosociales, lo que permitirá una adecuada red de apoyo, una comunicación eficaz y el respeto de sus derechos fundamentales (Hernández, 2016). Se afirma que las relaciones familiares deficientes influyen de manera notable en el sentimiento de abandono del adulto mayor institucionalizado, perjudicando su vida emocional y su calidad de vida en general (Moya Solís, 2015).

### **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Analizar los niveles de calidad de vida en una población institucionalizada identificando la percepción que tienen estas personas acerca de su vida en la residencia.

### **PARTICIPANTES**

El grupo de estudio estuvo constituido por 112 residentes de la institución "Los Tres Árboles", de la provincia Zamora.

### **METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

Se realizó un estudio descriptivo-explicativo, transversal y cuanti-cualitativo, con dichos adultos mayores Se les explicó el carácter confidencial de los datos recogidos, respetando la Ley de Protección de Datos.

Se aplicó la escala FUMAT, (basada en el modelo heurístico de Schalock y Verdugo, 2003), que ofrece una puntuación en varias dimensiones (Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos) así como un índice general de calidad de vida.

Además, se aplicaron grupos focales para profundizar en los determinantes de la calidad de vida por ellos percibidos y, especialmente, su relación con la situación vital de permanecer en una institución geriátrica.

Mediante una entrevista inicial se informó a los participantes acerca de los fines del estudio, explicando que su participación sería voluntaria, previo consentimiento informado acerca de los fines y métodos de la investigación. En dicha entrevista se toman los datos generales y sociodemográficos.

## CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RESIDENTES DE UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA

Los resultados fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS, utilizando medidas de estadística descriptiva y medidas de asociación como la prueba de chi cuadrado, así como el coeficiente de correlación de Pearson.

### RESULTADOS ALCANZADOS

El grupo estuvo compuesto en similar proporción en cuanto a hombres y mujeres, con edades entre 61 y 105 años y una media de 84,37 años. La distribución según la edad muestra la presencia de personas muy mayores, casi un 20% tenía más de 90 años. En cuanto al nivel de escolaridad, la gran mayoría tenía un nivel primario. Una gran parte de ellos (66,1%) llevaban menos de 6 años en la institución. La discapacidad predominante en el grupo fue la visual. La osteoartritis fue la enfermedad más frecuentemente encontrada en el grupo estudiado, con un 82,1 %. La segunda enfermedad más frecuente fue la hipertensión arterial, la cual se constató en un 69,9 % de los pacientes.

### Escala Fumat

En la tabla 1 se puede observar las medidas de resumen de las anotaciones (puntaje estándar) de cada sub-escala.

*Tabla 1*  
*Medias y desviaciones de las sub-escalas (en puntuaciones estándar)*

SUBESCALAS	Medias	Desviaciones
BIENESTAR EMOCIONAL	12,04	1,41
RELACIONES INTERPERSONALES	10,99	1,57
BIENESTAR MATERIAL	8,83	2,05
DESARROLLO PERSONAL	13,31	1,31
BIENESTAR FÍSICO	11,41	1,77
AUTODETERMINACIÓN	13,1	0,77
INCLUSIÓN SOCIAL	11,6	1,31
DERECHOS	13,88	0,5

Los niveles bajos de calidad de vida fueron considerados aquellas anotaciones por debajo del percentil 25 (primer cuartil). Se encontró una baja frecuencia de casos en este rango, en todas las sub-escalas.

La sub-escala que ofrece resultados más favorables es la escala Derechos, con valores por encima del percentil 63. Le sigue la de Autodeterminación, con todos los casos por encima del valor 50. También la sub-escala Inclusión Social ofrece una muy baja frecuencia de casos (solo un caso) cuyo percentil es menor de 50. Algo similar ocurre con la escala Desarrollo Personal, con solamente 2 casos con anotaciones por debajo del percentil 50. Bienestar material presenta frecuencias relativamente más altas en valores percentiles por debajo de 50, con 56 casos con tales valores.

La distribución de las anotaciones de cada sub-escala fueron consideradas en forma de cuartiles para su cruzamiento con las variables independientes estudiadas (tabla 2).

Tabla 2  
Categoría de Calidad de Vida según percentil obtenido en la distribución

PERCENTIL	CALIDAD DE VIDA
25	BAJA
50	MEDIA
75	ALTA
99	MUY ALTA

Los resultados obtenidos en cuanto a Bienestar Emocional fueron, en general, buenos, no asociándose a ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas.

La dimensión Relaciones Interpersonales se asoció significativamente con la edad. El grupo de edad de 86 a 90 años muestra una mayor frecuencia de casos con anotaciones cuartiles de 75 o más (calidad de vida alta y muy alta) en esta escala. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa al aplicar la prueba de chi cuadrado. El coeficiente de correlación de Pearson entre la edad en años y los resultados de esta sub-escala en puntuaciones estándar, resultó significativo estadísticamente al nivel de 0,05, al obtenerse un valor de  $r = 0,2$ . También en cuanto al sexo esta dimensión mostró una relación significativa.

La calidad de vida en cuanto a Bienestar Material es la que menos ha contribuido, a los altos niveles generales encontrados, pues 89 de los 112 casos estudiados (79,5%) obtuvieron anotaciones de cuartil 50 o menos. Solamente un caso alcanzó el valor de muy alta calidad de vida, correspondiendo este caso al grupo menos envejecido (61-80). El coeficiente de correlación de Pearson resultó no significativo. Al asociar esta dimensión con el sexo se encontró que las frecuencias de valores en cada una de las categorías, se distribuyen de manera similar en ambos sexos. Esta dimensión tampoco mostró asociación con las variables escolaridad, limitaciones y tiempo de permanencia en la institución.

La dimensión Desarrollo Personal de la Calidad de Vida no mostró diferencias significativas según las variables estudiadas.

El nivel atribuible al Bienestar Físico mostró asociación con la edad, observándose que, a más edad, menor Bienestar Físico. Así se observa que 21 de los 56 casos con más de 85 años, tienen bajos niveles de calidad de vida en esta sub-escala, mientras esta frecuencia es menor en los grupos de edad menos envejecidos (8 de 56). El coeficiente de correlación de Pearson calculado entre la edad y las puntuaciones estándar de Bienestar físico alcanzó un valor de  $-0,31$ , el cual fue significativo estadísticamente al nivel de 0,01. También se mostró asociada de manera significativa con las limitaciones, existiendo, proporcionalmente, un amplio predominio de valores altos en los pacientes no limitados físicamente.

La dimensión Autodeterminación aparece asociada a la edad, siendo los más viejos, los que obtienen con mayor frecuencia bajas calificaciones. El coeficiente de correlación entre estas variables, fue de  $-0,26$  siendo estadísticamente significativo a nivel de 0,01. Se encontraron diferencias significativas a favor de una alta proporción de hombres (53 de 58) en los niveles más altos de calidad de vida. Las limitaciones sufridas por estas personas se encontraron asociadas a esta dimensión.

La Inclusión Social no mostró diferencias significativas atendiendo a las variables estudiadas, mientras la calidad de vida vinculada a los derechos sí estuvo asociada al sexo.

Todas las mujeres mostraron valores altos en la sub-escala. El resto de las variables no se asociaron significativamente a esta dimensión.

### Grupos Focales

Algunas opiniones de los residentes en los grupos focales fueron: *La calidad de vida tiene que ver mucho con la salud y poderse valer uno mismo, sin que las enfermedades impliquen limitaciones. Esto se hace más fácil aquí en la residencia donde estoy. Es poder hacer las cosas por uno mismo,*

## CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RESIDENTES DE UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA

*sin depender de los demás. Es relacionarse bien con los demás y que te respeten, poder desarrollarse uno mismo, tener oportunidades en la vida, aunque estemos viejos. Aquí en la residencia me siento que tengo mejor calidad de vida en cuanto a mis condiciones físicas y mis relaciones sociales que son lo más importante para mí. Aunque se echa de menos a la familia. Me ayudan mucho los ejercicios y la atención del fisio aquí en este centro. He ganado mucha calidad con esto de los ejercicios de revitalización. Mi experiencia con la fisioterapia ha sido estupenda, me ha hecho sentir más joven y con más vitalidad. Los ejercicios de aquí de la residencia son muy saludables y ayudan a nuestra felicidad. El clima que se crea durante la realización de dichos ejercicios, es "mágico". Nos permiten conseguir mayor seguridad, y mejorar las capacidades, tanto motrices como intelectuales, quitando miedos e inseguridades, lo cual era imposible antes de entrar aquí.*

### DISCUSIÓN

Los estudios psicosociales realizados con adultos mayores institucionalizados reportan el predominio de edades avanzadas. Jiménez y Gómez (2018) señalaron una edad media de 80 años, mientras Imaginario, Machado, Antunes y Martins y colaboradores (2018) encontraron una media de 81,8 años. Esto ocurre así, en primer lugar, porque se trata, precisamente, de instituciones geriátricas.

La escolaridad, predominantemente de nivel primario, coincide con lo reportado por el autor antes señalado y por Dos Reis y De Jesús (2015). Este predominio de bajos niveles de escolaridad es propio en la población de mayores, institucionalizados o no, lo cual obedece al período sociopolítico que les tocó vivir en su juventud, durante el cual era relativamente escasa la accesibilidad a los estudios superiores.

Se encontró que la alta frecuencia de discapacidad visual identificada en este estudio coincide con lo señalado por otros autores en población de adultos mayores, siendo ésta una expresión de su estado de fragilidad (Martínez Reig et al, 2016). Este hecho cobra una especial relevancia ya que la discapacidad visual ha sido identificada como un factor de alto riesgo de caídas en esta población (Carballo Rodríguez, Gómez-Salgado, Casado-Verdejo y Ordás, Fernández, 2018).

Con relación a las enfermedades, no hay duda de que la incidencia de éstas suele aumentar con la edad. La osteoartritis se presenta con alta frecuencia, especialmente en mujeres a partir de los 50 años. Se ha demostrado que existe una alta prevalencia de osteoartritis de rodilla a partir de los 60 años, principalmente en el sexo femenino (Mendoza e Israel, 2016).

La segunda enfermedad más frecuentemente encontrada, la hipertensión arterial, coincide con lo reportado por Sierra (2017), quien plantea que la elevación de la presión arterial es muy frecuente en la población anciana, pues casi un 70 % de dicha población es hipertenso.

También otros autores la reconocen como la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en el adulto mayor (González Popa, González Rodríguez, Toirac Castellano, Milanés Pérez y 2018).

En cuanto a los resultados de la escala FUMAT, se puede afirmar que el grupo de residentes posee altos niveles de Calidad de Vida, en casi todas las sub-escalas, especialmente en las de Derechos, Autodeterminación, Inclusión Social y Desarrollo Personal. Todo lo cual fue identificado por ellos, en los grupos focales, en relación directa con el hecho de estar en la institución, a diferencia de cuando estaban en sus casas solos o con parte de sus familias. Algunos autores reportan afectaciones del bienestar en los mayores principalmente en las áreas de Desarrollo Personal y Autodeterminación en adultos no institucionalizados (Salgado Escalona, Noa Legrá, Matos Laffita, Cardero Leyva y Castillo Pérez, 2016).

Las dimensiones de Bienestar Material, Bienestar Físico y Relaciones Interpersonales no están entre las que más aportan en este estudio a estos altos niveles de calidad de vida evidenciados. Sin embargo, la dimensión de Bienestar Físico, fue reconocida por los residentes como la más importante para determinar su bienestar general. Es decir, para ellos ese bienestar condiciona todos los demás aspectos y consideran que es fundamental para su felicidad. Los mayores estudiados vinculan de manera directa este bienestar físico con el hecho de practicar sis-

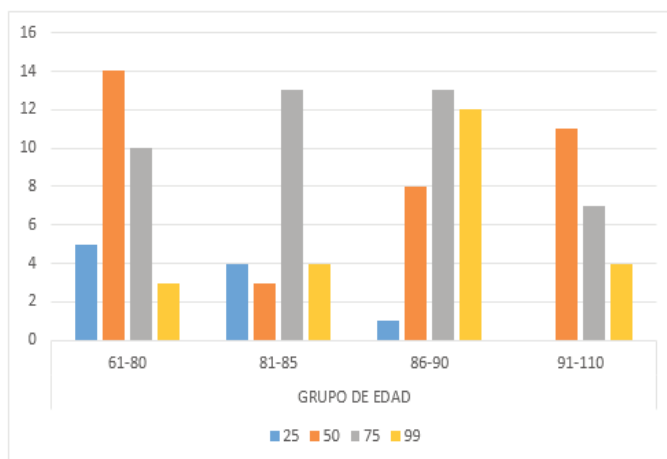
temáticamente ejercicios en la institución. Otros autores han identificado mediante esta escala resultados favorables en cuanto a calidad de vida en general, en residentes geriátricos (Ramírez Reyes, 2019; Pinto Fernández, 2015).

En cuanto al Bienestar Emocional se ha planteado que está condicionado por el estado general de salud, en particular, con aquellos procesos que cursan con dolor como la osteoartritis (Pérez Draz, Iglesias Figueroa, Cerquera, Martín Carbonell y Riquelme Marín, 2017). Sin embargo, en este grupo de estudio predominaron los casos con valores altos en esta dimensión, a pesar de existir un 82 % de casos con este padecimiento. Éste es uno de los indicadores con mayor frecuencia referidos en la literatura como componente de la calidad de vida en la vejez (Verdugo, Gómez Sánchez y Arias Martínez, 2009). Varios autores destacan que es importante considerar no solamente las necesidades básicas, sino que, además, debe atenderse a lograr en los adultos mayores, un nivel más alto de autonomía y una mejora de sus estados emocionales y relacionales (Muñoz Pérez, 2017; González Tovar y Garza Sánchez, 2016; Hierro Zorrilla, Verdugo Alonso, Gómez Sánchez, Fernández Ezquerria y Cisneros Fernández, 2016; Báez, 2016).

Las Relaciones Interpersonales, muestran niveles relativamente más bajos a través de la escala FUMAT. La afectación de las relaciones interpersonales, son un punto de acuerdo entre algunos autores debido a su papel en el deterioro en la calidad de vida de los adultos mayores (Loor López y Rodríguez Álava, 2018; Betegón, 2018; Quintero Echeverri, Villamil Gallego, Henao Villa y Cardona Jiménez, 2018). Sin embargo, en el presente estudio han sido constatadas las opiniones de los residentes de que sus relaciones interpersonales son ahora mejor que antes de ingresar en la institución geriátrica.

Analizando las posibles asociaciones con las variables estudiadas se encontró que los valores altos en la escala de Bienestar Emocional (cuartiles 75 y 99) predominan en aquellos casos que no presentaban limitaciones (aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas). Sin embargo, puede esperarse que las limitaciones propias de las edades avanzadas guarden relación con este Bienestar, aunque en la literatura consultada no se encontraron reportes específicos de esta relación.

La dimensión de Relaciones Interpersonales como determinante de la calidad de vida fue altamente valorada, lo cual se evidenció reiteradamente en los grupos focales. Esta dimensión se asoció de manera significativa con la edad. Se observa que la mayor frecuencia de calidad de vida “muy alta” en esta dimensión se obtiene en el grupo de 86 a 90 años, en el cual 25 de los 34 casos clasificaron en los cuartiles 75 y 99 (gráfico 1), no ocurriendo así en los “más jóvenes”.



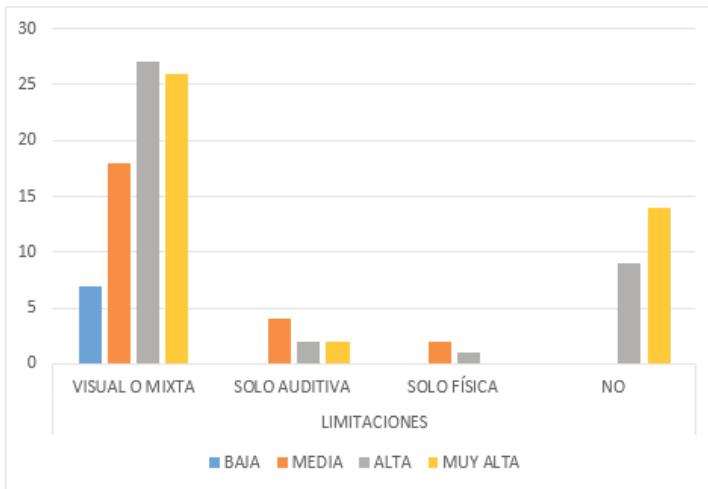
## CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RESIDENTES DE UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA

Las relaciones sociales, especialmente aquellas relaciones con significación personal para el individuo constituyen un pilar importante en la determinación de la calidad de vida. Uno de los factores que con más frecuencia aparece en la literatura como determinante de la calidad de vida en las edades avanzadas es el apoyo social (Hernández, 2016).

Las mujeres presentaron con mayor frecuencia valores altos en esta dimensión, lo cual se explica por la mayor propensión que existe en las féminas de nuestra cultura, de manera general, a relacionarse con otras personas, en cualquier medio social, en este caso en la convivencia dentro de la institución geriátrica (De Haro, 2015).

En los grupos focales los participantes expresaron sus necesidades de desarrollo personal, las cuales consideraron satisfechas en su entorno vital actual. No se encontraron asociaciones significativas de esta dimensión de la escala FUMAT con las variables estudiadas. Sin embargo, las diferencias al cruzar esta dimensión con las limitaciones, muestra que los casos con más bajos puntajes (cuartiles 25 y 50) presentaron limitaciones visuales, solas o combinadas con otras. Este resultado apunta al hecho de la gran importancia que tiene la capacidad visual con la calidad de vida de estas personas.

Por otra parte, el Bienestar Físico, cobra una especial relevancia como determinante de la calidad de vida en los adultos mayores, ya que ésta es una etapa en la cual las limitaciones físicas se hacen sentir (Chaves Rodríguez et al, 2016). La edad correlacionó de manera negativa y muy significativa con esta dimensión, es decir que, a mayor edad menor calidad de vida vinculada al Bienestar Físico. Se obtuvo una asociación significativa del bienestar físico con la edad y con la variable limitaciones, ya que las limitaciones físicas influyen de manera objetiva en el bienestar. Actividades que antes la persona podría realizar, con la presencia de limitaciones visuales o motoras ya no puede lograrlo (gráfico 2).



Resultados diferentes fueron encontrados en un estudio llevado a cabo por Aranda Ayala aplicando la escala FUMAT, en el cual no se encontró asociación significativa entre la calidad de vida y las limitaciones de los mayores estudiados (Ayala Aranda, 2015).

El Bienestar Físico fue tema dominante en los grupos focales. Esta dimensión fue la más valorada, como principal componente de la calidad de vida. Los participantes consideran que los ejercicios físicos son fundamentales para su bienestar y para su salud general, que los hacen más activos y felices, que les permiten compartir experiencias y estrechar vínculos sociales dentro del grupo de residentes.



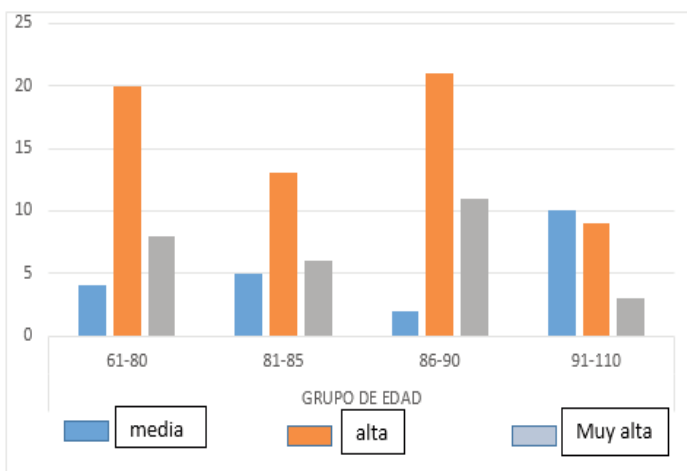
Es conocido que el ejercicio aumenta la producción de serotonina en el cerebro, con lo cual se agudizan las capacidades intelectuales, mejora el estado de ánimo, y aumenta la fuerza de voluntad ante la dificultad de realización de determinados ejercicios. De esta manera se crea una disciplina, disminuye el estrés, la ansiedad, la agresividad e incluso hasta la depresión (Guerra Santiesteban et al, 2017).

Acerca de la salud mental y el ejercicio físico ellos mismos mencionan encontrarse más “equilibrados”, y trasladan la percepción de un estado de bienestar más generalizado. El simple hecho de levantarse del sofá donde pasan algunas veces incluso horas en su habitación, y practicar 30 minutos de ejercicios diariamente, supone un cambio importante en el estilo de vida. La mejora del equilibrio o salud mental a raíz de iniciar un proceso de ejercicios diarios no es solamente una sensación subjetiva sino un proceso fisiológico objetivo.

Por otra parte, la dimensión Autodeterminación, que, de manera general, mostró valores altos en el grupo estudiado, se asoció significativamente a la edad, siendo los más viejos, los que obtienen con mayor frecuencia bajas calificaciones en esta sub-escala, lo cual se podría explicar por una menor capacidad de autodeterminación mientras más viejo son estos adultos mayores. Es propio de nuestra cultura que los viejos muy viejos ya no participen en las decisiones familiares o sociales, estando su autodeterminación muy limitada. Por otra parte, la relación significativa de esta dimensión con el sexo podría explicarse por la mayor resolutivez que generalmente se atribuye a los hombres en nuestra cultura.

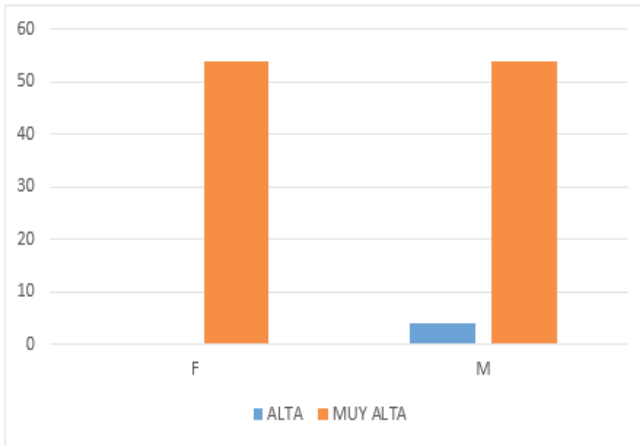
La Autodeterminación fue positivamente considerada por los participantes en los grupos focales como factor que influye en su bienestar y su calidad de vida. Es entendida como principio de autonomía, vinculándola a la libertad de decidir sobre sus rutinas (Silva Arenas, 2018). Se constató el deseo de los ancianos de determinar las cosas por sí mismos. Esto es parte de lo que determina un estado de bienestar y calidad de vida (De Juanas Oliva et al, 2013). Además, se relacionó de manera significativa con las limitaciones, lo cual se explica ya que, lógicamente, dichas limitaciones inciden de forma negativa en su capacidad para decidir libremente las actividades de la vida diaria a realizar.

También la dimensión Inclusión Social es considerada importante para la calidad de vida en la vejez (Iimón Mendizábal, 2018; Carrizo et al, 2018). Ésta no se asoció de manera significativa a las variables estudiadas. Sin embargo, existió un predominio los valores más bajos, entre los residentes más viejos (gráfico 3). Este resultado puede estar relacionado con la imagen social dominada por prejuicios negativos para la vejez. Cuanto más viejo el individuo más “deficiente” es considerado socialmente. Se trata de falsas concepciones y estereotipos sobre la vejez y el envejecimiento, como sinónimos de deficiencias múltiples, sin capacidad de independencia o de cierta autonomía (Valarezo, 2016).



## CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RESIDENTES DE UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA

Por otra parte, la dimensión derechos, abarca la posibilidad de la persona de conocer sus condiciones en la institución geriátrica, a conservar su vida social y cultural, así como libertad para expresar sus ideas, el derecho de ser atendido y a que se valoren adecuadamente sus necesidades. En nuestro estudio la totalidad de las mujeres arrojaron mayores valores en esta dimensión (gráfico 4).



En todos los casos, esta dimensión mostró valores elevados, pero en las mujeres existió un predominio significativo de ellos. Esto puede deberse a que, en nuestra cultura, las mujeres suelen mostrarse satisfechas con las necesidades de conservar su vida social, con más facilidad que los hombres. En el desarrollo de los grupos focales también emergió con frecuencia el tema de los derechos. Los participantes expresaron claramente que deseaban ser respetados, reclamando el derecho a expresarse con toda libertad.

### CONCLUSIONES

Los adultos mayores de la residencia “Los Tres Árboles” de Zamora presentan, en general, altos niveles de calidad de vida.

La dimensión considerada más relevante, y que es promovida en su vida institucional, es la de Bienestar Físico, que implica, independencia funcional, autodeterminación e inclusión social.

Las dimensiones con valores más altos fueron Derechos, Autodeterminación y Desarrollo Personal. A pesar de que, el Bienestar Físico, promovido por los ejercicios físicos (que implican vitalidad e independencia) es lo primordial para ellos, los residentes no obtuvieron los valores más altos en esta dimensión en comparación con otras. Ellos perciben que, en su caso, este nivel no es como quisieran, aunque es mejor que antes de ingresar en la institución.

Las Relaciones Interpersonales estuvieron relacionadas con la edad y el sexo. Las personas más longevas, así como las del sexo femenino, exhiben mayor calidad de vida atendiendo a este aspecto.

El Bienestar Físico se mostró influenciado por la edad y las limitaciones.

La Autodeterminación se vinculó a edad y al sexo, así como a las limitaciones.

Las mujeres fueron más propensas a determinar su calidad de vida alta debido a la influencia de la dimensión Derechos.

En general, la vida en la institución es reconocida por ellos como favorecedora de su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayala Aranda, P. E. (2015). *Estudio de la capacidad de disfrute y la calidad de vida en personas con discapacidad física*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Grado. Psicología, Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/9238>
- Báez, W. C. (2016). Calidad de vida. *Rev Vanguard Enferm*, 4 (2), 56-75.
- Betegón Blanca, E. (2018). *Relaciones interpersonales y calidad de vida. Programa en competencia social y comunicación en personas mayores de 60 años*. Tesis de Maestría. Universidad de Valladolid. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/32802>
- Carballo Rodríguez, A., Gómez Salgado, J., Casado-Verdejo I, Ordás B, Fernández D. (2018). Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 29 (3), 110-116. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2018000300110&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2018000300110&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Carrizo, R., Fitzsimons, M., Gálvez, S., Hurtado, M. C., Slame, M. L., del Socorro Sylvester, M. (2018). Con los ojos de la vejez. Investigación cualitativa. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 10 (2), 7-13. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-972488>
- Chaves Rodríguez, M. P., Da Silva Barbosa, M., López Fernández, J. (2016). La vitalidad y la vejez. *IGT na Rede*, 13 (24), 115-133. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1807-25262016000100008&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1807-25262016000100008&script=sci_abstract&tlng=es)
- Escarbajal De Haro, A., Martínez de Miguel López, S., Salmerón Aroca, J. A. (2015). La percepción de la calidad de vida en las mujeres mayores y su envejecimiento activo a través de actividades socioeducativas en los centros sociales. *Revista de Investigación Educativa*, 33 (2), 471-488. DOI: <https://doi.org/10.6018/rie.33.2.213211>
- De Juanas Oliva, A., Limón Mendizábal, M. R., Navarro Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (22), 153-168. DOI: 10.7179/PSRI\_2013.22.02
- Del Mar Molero, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., Mercader, I. (2015). Construcción y validación inicial de un cuestionario para evaluar la Calidad de Vida en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2 (2), 53-65. DOI <https://doi.org/10.30552/ejih-pe.v2i2.26>
- Marques Costa Dos Reis, K., Alves Costa de Jesús, C. (2015). Cohorte de ancianos institucionalizados: factores de riesgo para caída a partir del diagnóstico de enfermería1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23 (6), 1130-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0285.2658>
- Etzeberria Mauleon, X. (2014). *Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Santiago: CEPAL. LC/L. 3942. p. 61-70. Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/handle/1136\\_2/39554](https://repositorio.cepal.org/handle/1136_2/39554)
- González Popa, M. I., González Rodríguez, M. R., Toirac Castellano, Y., Milanés Pérez, J. J. (2018). Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel. *MULTI-MED Revista Médica Granma*, 19 (4), 0-0. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multi-med/mul-2015/mul154c.pdf>
- González Tovar, J., Garza Sánchez, I. (2016). Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad CCVAMC-62. *CIENCIA ergo-sum*, 23 (1), 17-25. ISSN 1405-0269
- Guerra Santiesteban, J. R., Gutiérrez Cruz, M., Zavala Plaza, M., Singre Álvarez, J., Goosdenovich Campoverde, D., Romero Frómata, E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36 (2), 169-177. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-030020170002000\\_21&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-030020170002000_21&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Guevara Pena, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demo-

## CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RESIDENTES DE UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA

- gráficos actuales. *Entramado*, 12 (1), 138-151. <http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2016v12n1.23110>.
- Herazo Beltrán, Y., Quintero Cruz, M. V., Pinillos Patiño, Y., García Puello, F., Núñez Bravo, N., Suárez Palacio, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12 (5), 174-181. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12442/2454>
- Hernández, D. S. (2016). Riesgo de síndrome de estrés del traslado en el anciano institucionalizado. *REDUCA Enfermería, Fisioterapia y Podología*, 7 (1), 298-334. Recuperado de: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1919/1928>
- Hierro Zorrilla I, Verdugo Alonso M A, Gómez Sánchez L E, Fernández Ezquerro S, Cisneros Fernández P. Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades significativas: aplicación de la Escala San Martín en la Fundación Obra San Martín. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 2015; 3 (1), 93-105. Doi: <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.03.01.05>
- Hurtado Taborda, L. D., Castañeda Valderrama, V., Ceballos Gómez, J. A., y Escobar Torres, A. F. (2019). *Adaptación del Adulto Mayor Institucionalizado según el modelo de Callista Roy: aportes a la discusión de resultados*. Doctoral dissertation, Universidad Libre Seccional Pereira. Colombia. Recuperado de: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/bitstream/handle/123456789/1447/adaptacion%20del%20adulto%20mayor.pdf?sequence=1>
- Imaginario, C., Machado, P., Antunes, C., Martins, T. (2018). Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto. *Gerokomos*, 29 (2), 59-64. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000200059&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200059&lng=es&nrm=iso). ISSN 1134-928X.
- Malfeito Jiménez, M., Sedano Gómez, G. (2018). Valoración de la fragilidad en ancianos institucionalizados y abordaje a través del hospital de día de geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53, 130. DOI: 10.1016/j.regg.2018.04.317
- Limón Mendizábal, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula abierta*, 47 (1): 45-54.
- Lóor López, C. L., Rodríguez Alava, J. B. (2018). El abandono del adulto mayor y su incidencia en su estado emocional en el Centro Gerontológico Casa Hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* (diciembre), Recuperado de: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/abandono-adulto-mayor.html>
- Guerrero-Martelo, M., Galván, G., Vásquez De la Hoz, F., Gina, L., Morales, D. (2015). Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. *Psicogente*, 18 (34), 296-303. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v18n34/v18n34a05.pdf>
- Martínez Reig, M., Ruano, T. F., Sánchez, M. F., García, A. N., Rizos, L. R., Soler, P. A. (2016). Fragilidad como predictor de mortalidad, discapacidad incidente y hospitalización a largo plazo en ancianos españoles. Estudio FRADEA. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51 (5), 254-259. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.01.006>
- Mendoza, C., Isrrael, J. (2016). *Artrosis de rodilla factores de riesgo y grado de lesión articular en pacientes de 55 a 80 años*. Hospital Luis Vernaza. Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil, Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36445>
- Moral García, J. E., Orgaz García, D., López García, S., Amatria Jiménez, M., Maneiro Dios, R. (2018). Influencia de la actividad física en la autoestima y riesgo de dependencia en personas mayores activas y sedentarias. *Anales de Psicología*, 34 (1), 162-166. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.294541>
- Moya Solís, A. M. (2015). *Influencia de las relaciones familiares en el sentimiento de abandono del adulto mayor institucionalizado del Centro Geriátrico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de*

- Ambato*. Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/9318>
- Muñoz Pérez, M. J. (2017). *Dependencia y personas mayores: Bienestar y Calidad de Vida en mayores institucionalizados*. Tesis de máster. Universidad de Jaén. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/10953.1/6088>
- Pérez Díaz, R., Iglesias Figueroa, D., Cerquera, A. M., Martín Carbonell, M., Riquelme Marín, A. (2017). Caracterización del dolor y las emocionales en ancianos cubanos comunitarios con dolor osteoarticular. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 14 (1) 0-0. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2017/hph17.pdf>
- Pinto Fernández, N. (2015). *Calidad de Vida en las Residencias de Ancianos*. Universidad de Valladolid. Tesis de grado de Enfermería. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/11918>
- Quintero Echeverri, Á., Villamil Gallego, M. M., Henao, E., Cardona Jiménez, J. L. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36 (2), 49-57. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n2a07>
- Quizhpe Chocho, Á. F. (2018). *Factores asociados a la depresión del Adulto Mayor institucionalizado en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja*. Bachelor's thesis. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/20626>
- Ramírez Reyes, R. D. (2019). Calidad de vida de los adultos mayores autovalentes en el Cantón Chone, *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Recuperado de: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/03/adultos-mayores-autovalentes>
- Reyes Cisneros, J. R. (2015). *Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Centro Residencial Geriátrico Dios es Amor–San Miguel*. DFis. Recuperado de: URL: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1420>
- Romero Cabrera, A. J. (2008). Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24: 288-294. Recuperado de: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892008001000010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892008001000010&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Salgado Escalona, M., Noa Legrá, M., Matos Laffita, D., Cardero Leyva, D., Castillo Pérez, Y. (2016). Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores. *Medisan*, 20 (10), 2195-2201. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016001000001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000001&lng=es&tlng=es)
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/1822.1/264>
- Sierra, C. (2017). La hipertensión arterial en el anciano. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 34: 26-29. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S1889-1837\(18\)30072-2](https://doi.org/10.1016/S1889-1837(18)30072-2)
- Silva Arenas P. C. (2018). Ocio y Autodeterminación en Personas Mayores que viven en Residencias. Tesis de Master en investigación en salud y Calidad de Vida. Universidad de Islas Baleares. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11201/146583>
- Silva González, M. M., y Vivar Vásquez, V. P. (2015). *Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado* (Bachelor's thesis). Facultad de Psicología. Universidad de Cuenca. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21620>
- Valarezo García, C. L. (2016). Adulto mayor: Desde una vejez biológica-social hacia un nuevo envejecimiento productivo. *Maskana*, 7 (2): 29-41. Recuperado de: <https://doi.org/10.18537/mskn.07.02.03>
- Verdugo, M. A., Gómez Sánchez, L. E., Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Instituto de Integración en la Comunidad. Salamanca, España.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN RESIDENTES DE UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA**

Recuperado de: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/113073/INICO\\_VerdugoAlonsoMA\\_evaluacion.pdf;jsessionid=FCBF0876FA899DA64D7614B7CE6DCF24](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/113073/INICO_VerdugoAlonsoMA_evaluacion.pdf;jsessionid=FCBF0876FA899DA64D7614B7CE6DCF24)

Victoria Maldonado, J. A. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46 (138): 1093-1109. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0041-86332013000300008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008&lng=es&nrm=iso)