



ISSN en línea: 2550-6692
ISSN: 2477-9172

ENFERMERÍA INVESTIGA



<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/index>

NIVEL DE DETERIORO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS DEL CENTRO DE ADULTO MAYOR DE VILCABAMBA

LEVEL OF SOCIAL DETERIORATION AND QUALITY OF LIFE IN USERS OF THE VILCABAMBA SENIOR CENTER.

Elida Juliana Espinoza Cuenca¹ <https://orcid.org/0009-0003-7036-0634>, Sonia Mercedes Caraguay Gonzaga² <https://orcid.org/0009-0002-9742-1188>,
https://orcid.org/0000-0003-3269-3959, Evelyn Anahi Vivanco Vasquez¹ <https://orcid.org/0000-0003-0177-2662>,
Denny Caridad Ayora Apolo² <https://orcid.org/0009-0004-8632-7596>, María Soledad Carrión Cabrera² <https://orcid.org/0000-0002-8641-2684>

¹Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2025 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

Autor de correspondencia: Mg. Sc. Sonia Mercedes Caraguay Gonzaga. **Correo electrónico:** sonia.caraguay@unl.edu.ec

Recibido: 14 de marzo 2025

Aceptado: 20 de junio 2025

RESUMEN

Introducción: El nivel de deterioro social es un proceso que identifica y analiza los factores sociales que tiene influencia en el bienestar del Adulto Mayor. **Objetivo:** Analizar el nivel de deterioro social y la calidad de vida en usuarios del Centro de Adulto Mayor de Vilcabamba. **Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal con una población de 40 adultos mayores. La técnica fue la encuesta y el instrumento "Escala de Valoración Social para el Adulto Mayor EVASAM-15" y la "Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF", validados y confiables. **Resultados:** Se identifica que el 45% de usuarios de 76 a 86 años tienen deterioro social leve; 32,5% son viudos; 72,5% tienen nivel instrucción primaria. En cuanto al nivel de deterioro social: el 70% tienen recursos propios fijos; el 47,5% tienen casa propia, pero viven solos; y el 47,5% viven acompañados de su familia. Además, el 60% tienen una vida familiar afectiva; el 75%, buscan comprensión y apoyo; 92,5% recurre a hospitales para su valoración médica. Con relación a calidad de vida, el 60%, la define como normal; y el 55%, están satisfechos con su salud; 95% refieren tener una mejor salud física; y 82,5%, tienen mayor salud psicológica; 97,5% tienen mayor relación social y relación ambiental. En los resultados se evidencia que al tener ingresos económicos pueden cubrir sus necesidades básicas, mejorando así su calidad de vida. **Conclusiones:** La mayor afectación en el adulto mayor de este estudio es la soledad.

Palabras clave: bienestar social, anciano, salud humana, relaciones sociales.

ABSTRACT

Introduction: The level of social deterioration is a process that identifies and analyzes the social factors that influence the well-being of the elderly. The objective of this study was to analyze the level of social deterioration and quality of life in users of the Vilcabamba Senior Center. **Method:** Descriptive, quantitative and cross-sectional study with a population of 40 older adults. The technique used was the survey and the instruments "Escala de Valoración Social para el Adulto Mayor EVASAM-15" and the "Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF", validated and reliable. **Results:** 45 % of users aged 76 to 86 years had mild social impairment; 32,5 % were widowed; 72,5 % had primary education. Regarding the level of social deterioration: 70 % have fixed resources of their own; 47,5 % have their own home, but live alone; and 47,5% live with their family. Sixty percent have an affective family life; 75 % seek understanding and support; 92,5 % go to hospitals for medical evaluation. In relation to quality of life, 60 % define it as normal; 55 % are satisfied with their health; 95 % report having better physical health; 82,5 % have better psychological health; 97,5 % have better social and environmental relations. In the results it is evident that by having economic income they can cover their basic needs. **Conclusions:** The greatest affection in the older adult is loneliness, however, it is observed that those who have social support networks manage to maintain better quality of life.

Keywords: Social welfare, elderly, human health, social relations.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, es un proceso heterogéneo, destacado por una variabilidad individual y universal, que ocurre a lo largo de la vida e implica algunos cambios morofisiológicos, psicológicos y sociales; este proceso está influenciado por: factores personales, comunitarios, laborales y medioambientales. En las últimas décadas, las tasas de envejecimiento y de dependencia del adulto mayor han aumentado debido al incremento en la esperanza de vida, la disminución de la natalidad, mortalidad infantil y la situación económica de cada país (1).

El proceso de envejecimiento implica transformaciones bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que impactan la autonomía funcional y la calidad de vida de las personas mayores. Sin embargo, la participación social en diferentes actividades culturales, recreativas y sociales resulta beneficioso para la salud de este grupo. Por ello, evaluar la calidad de vida toma realce como herramienta para orientar decisiones que impulse una mayor actividad y un envejecimiento adecuado (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al envejecimiento biológico como el resultado de daños acumulados en las células a lo largo del tiempo, lo que conlleva, a un deterioro gradual de las capacidades físicas y mentales, aumentando el riesgo de enfermedades y finalmente la muerte; este proceso, no es uniforme y está vinculado a otras transiciones como la jubilación o la perdida de seres queridos (3). Según la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (4), una persona es estimada mayor a partir de los 60 años o más. Por otro lado, en el Ecuador se considera adulto mayor a aquellos ciudadanos y ciudadanas de 65 años en adelante (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional [CNII]) (5). Esto difiere, debido a las características sociales, culturales, educativas y económicas que cada país adquiere.

Al analizar el proceso de envejecimiento es necesario considerar la valoración social que es un proceso que identifica y analiza los factores sociales que tienen influencia en el bienestar del adulto mayor; esta valoración sirve para detectar los riesgos, así mismo, ayuda en el diseño de intervenciones adecuadas que mejoren su calidad de vida. Es importante reconocer que los adultos mayores desempeñan un papel fundamental en la sociedad, debido a que, poseen una amplia experiencia y sabiduría acumulada a lo largo de su vida, lo cual es valioso para la toma de decisiones y resolución de problemas tendientes a mejorar su calidad de vida (6).

Por otro lado, la calidad de vida en adultos mayores, es un estado de bienestar integral que abarca aspectos: físicos, mentales y sociales; permitiendo que este grupo mantenga un equilibrio consigo mismo y con su entorno; además, indica que los adultos mayores en las familias ocupan roles importantes, pues proporcionan apoyo emocional y contribuyen a guiar el camino de sus hijos para ser agentes activos en la sociedad (7). A nivel mundial, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Fondo de Población de

la Naciones Unidas [UNFPA] (2023), señalaron que, para el 2050 una de cada cinco personas será mayor de 60 años. El envejecimiento, representa grandes retos en salud y protección social, pero también es un logro humano (8).

En España un estudio denominado: "Perfiles de soledad y aislamiento social", reveló que el 36,8% de los adultos mayores de 65 años vivían solos, y estos factores se asociaban a mayor mortalidad por enfermedades mentales y cardiovasculares (9). Esta situación no solo constituye un fenómeno epidemiológico, sino también una construcción cultural que puede analizarse desde la teoría literaria contemporánea. Desde esta perspectiva, es un espejo simbólico que revela la manera en que una sociedad representa, margina o visibiliza a sus adultos mayores (10).

En América Latina, se destaca que, la población de 60 años y más, aumentará un 64% entre el 2015 y 2030. Así mismo, en Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (11), reportó que, la población mayor creció en un 9% en el año 2022; en donde Loja fue la ciudad con mayor número de adultos mayores (12). En el estudio realizado en Colombia titulado: "Adulto mayor envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros de cuidado del día", se evidenció que: el 49,4%, de los adultos mayores encuestados presentaron riesgo o problemas sociales; y el 7,8%, fueron diagnosticados con un problema social. Así mismo se encontró que el 50,7%, contaban solo con una pensión mínima; y el 9,1%, vivían en condiciones precarias (13).

En Lima- Perú, en una investigación , la autora desarrolló una escala: "Escala de Valoración Social para el Adulto Mayor EVASAM-15", que sirve para valorar los problemas y riesgos sociales en adultos mayores, con el fin de detectar grados de deterioro social (14). En Ecuador, se destacó que la calidad de vida de los adultos mayores está influenciada por: factores personales (salud, autonomía, satisfacción), como ambientales (redes de apoyo, servicios sociales). Ante lo analizado, es importante comprender que el realizar la valoración social y la calidad de vida, ayudan al profesional de enfermería a, proporcionar un cuidado integral al Adulto Mayor; que permita ejecutar acciones no solo enfocadas al aspecto físico; si no también, dirigirlas a aspectos emocionales y sociales; lo que contribuye a la salud y satisfacción de las necesidades de los adultos mayores (15).

La atención del adulto mayor resulta compleja, debido a los grandes cambios producidos por el envejecimiento, por ello se requiere de una valoración integral que incluyan diversos aspectos como biológicos, psicológicos y sociales, con el fin de determinar un plan terapéutico eficaz (16). Ante lo analizado, es importante comprender cómo al realizar la valoración social y la calidad de vida, ayudan al profesional de enfermería a, proporcionar un cuidado integral al Adulto Mayor; así como también, permiten ejecutar acciones no solo enfocadas al aspecto físico; sino también, dirigidas a aspectos emocionales y sociales; lo que contribuye a la salud y satisfacción de las necesidades de los adultos mayores. Debido a los anteriores expuestos el objetivo de la investigación es Analizar el nivel de deterioro social y la calidad de vida en usuarios del Centro de Adulto Mayor de Vilcabamba

MÉTODOS

La investigación fue de alcance descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, que permitió describir el nivel de deterioro social y calidad de vida de los usuarios del Centro de Adulto Mayor de Vilcabamba. La población de estudio estuvo conformada por 40 adultos mayores de ambos sexos a partir de los 65 años registrados en el Centro de Adulto Mayor de Vilcabamba (CAMVIL), a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

La técnica aplicada fue la encuesta, mediante el instrumento de escala denominada: "Escala de Valoración Social para el Adulto Mayor EVASAM-15", este cuestionario fue validado por un juicio de expertos en el tema, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de Cronbach de (0,75), lo que confirma su validez y confiabilidad. El instrumento consta de dos apartados: en el primer apartado del instrumento se ubicaron los datos generales (edad, estado civil y nivel de instrucción académica); en el segundo apartado, se encontró la escala con 5 variables (soporte económico, soporte físico-ambiental, soporte familiar, capacidades personales y soporte social): cada variable contenía una pregunta con 5 ítems de respuesta. Para la puntuación de cada variable se asignó un valor de 1 al 5 según la respuesta en donde todos los literales: a tienen valor 1, los b un valor de 2, los c un valor 3, los d un valor de 4, al final se sumaron todos los valores y se categorizó de la siguiente manera: 5 puntos sin deterioro social; de 6 a 10 puntos con deterioro social leve; de 11 a 18 puntos deterioro social moderado y de 19 a 25 puntos deterioro social extremo (14).

De igual forma, para evaluar la variable calidad de vida, se aplicó el instrumento denominado: "Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF", el cual fue validado a través de expertos en el área; con un coeficiente de

Alpha de Cronbach de 0,88, lo que ratifica que el instrumento es confiable. La escala consta de 26 preguntas, que abarcan 4 dimensiones, además de dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, las dimensiones evaluadas fueron: "salud física," con 7 preguntas (3,4,10,15,16,17,18); "salud psicológica", con 6 preguntas (5,6,7,11,19,26); "relación social", con 3 preguntas (20,21,22); y "relación ambiental", con 8 interrogantes (8,9,12,13,14,23,24,25) (17).

Para la calificación de calidad de vida, se sumó las puntuaciones individuales de cada pregunta, o ítem. El resultado de esta suma se usó para calcular puntuaciones para cada uno de los cuatro dominios de calidad de vida: físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente. En la presente investigación para la interpretación de la calificación se utilizó la medida estadística de percentil en escala de 0 a 100, tomando en cuenta que, en la valoración de calidad de vida una mayor puntuación hace referencia a mejor calidad de vida, y una menor puntuación se relaciona con menor calidad de vida, se consideró percentil menor al 50% (menor calidad de vida). percentil mayor a 50% (mejor calidad de vida), en este caso la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF sí proporciona o da la alternativa de adoptar un sistema para asignar puntuaciones finales que permita evaluar o comparar la calidad de vida de diferentes individuos o grupos.

Los datos recolectados fueron procesados en una matriz de Microsoft office Excel 2019, posteriormente se categorizó cada variable en el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences IBM SPSS. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva, y fueron representados a través de tablas y gráficos.

RESULTADOS

Con respecto al nivel de deterioro según la edad, estado civil e instrucción se puede evidenciar que la mayoría de los usuarios con un 45% están en edades entre 62 a 87 años, los cuales poseen un deterioro moderado seguidos en un 40% por los que poseen edades entre 46 a 61 años. En relación con el estado civil existe un

predominio de los casados con un nivel de deterioro moderado en un 40%, seguidos con 17,5% por los separados con el mismo nivel de deterioro. Por último, con un 55% de los casos poseen instrucción secundaria y poseen deterioro moderado.

TABLA 1
NIVEL DE DETERIORO SOCIAL, SEGÚN LE EDAD, ESTADO CIVIL E INSTRUCCIÓN

	Alternativas	Sin deterioro		Leve		Moderado		Total	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad	76-86	0	0,0	18	45,0	3	7,5	21	52,5
	65-75	0	0,0	13	32,5	2	5,0	15	37,5
	87-97	1	2,5	2	5,0	1	2,5	4	10,0
	Total	1	2,5	33	82,5	6	15,0	40	100,0
Estado civil	Viudo	1	2,5	13	32,5	2	5,0	16	40,0
	Casado	0	0,0	12	30,0	2	5,0	14	35,0
	Soltero	0	0,0	6	15,0	0	0,0	6	15,0
	Divorciado	0	0,0	2	5,0	1	2,5	3	7,5
	Separado	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
	Total	1	2,5	33	82,5	6	15,0	40	100,0
Instrucción	Primaria	1	2,5	29	72,5	6	15,0	36	90,0
	Secundaria	0	0,0	4	10,0	0	0,0	4	10,0
	Total	1	2,5	33	82,5	6	15,0	40	100,0

En cuanto a la tabla 2, se observa un predominio de: en relación al soporte económico con recursos propios fijo el 70% de los casos; en el soporte físico ambiental tanto cuenta con vivienda propia y vive acompañado de la familia, como otros posee vivienda pero vive solo/a con 47,5% cada uno respectivamente; en el soporte familiar

el 60% tiene una vida familiar afectiva; de las capacidades personales el 75% comparte el problema buscando protección y apoyo; por ultimo en el soporte social el 92,5% cuenta con hospitales, clínicas y posta médica.

**TABLA 2
NIVEL DE DETERIORO SOCIAL SEGÚN EL SOPORTE ECONÓMICO, FÍSICO, AMBIENTAL,
FAMILIAR, CAPACIDADES PERSONALES Y SOPORTE SOCIAL**

ASPECTOS	Características	Frecuencia	Porcentaje
		Nº	%
Soporte económico	Recursos propios fijos	28	70,0
	Familia	8	20,0
	Recursos eventuales por trabajo	4	10,0
	Total	40	100,0
Soporte físico ambiental	Vivienda propia, vive bien acompañado de familia	19	47,5
	Posee vivienda, pero vive solo/a	10	25,0
	Alojado en casa de parientes	11	27,5
	Total	40	100,0
Soporte familiar	Vida familiar afectiva	24	60,0
	Limitada participación en la dinámica familiar	6	15,0
	Abandono moral y material de los familiares	5	12,5
	Carece totalmente de familia biológica y sustituta	5	12,5
	Total	40	100,0
Capacidades personales	Comprende el problema buscando soluciones	10	25,0
	Toma decisiones por propia iniciativa	6	15,0
	Se relaciona y pide ayuda a amigos y vecinos	5	12,5
	Se comunica	8	20,0
	No reconoce a nadie, ni se relaciona	11	27,5
	Total	40	100,0
Soporte social	Hospitales, clínicas, posta médica, yerberos, curanderos, hechiceros	37	92,5
	Nadie, atribuye que son achaques de la edad	1	2,5
	Parroquia, iglesia para apoyo espiritual y de salud	2	5,0
	Total	40	100,0

En la tabla 3. Se puede observar la calidad de vida de los adultos mayores según su percepción Normal en el 60%, seguido del 15% con percepción de calidad de vida

bastante bien. Así también la satisfacción con la salud se ubica en un 55% Normal, seguido de insatisfecho en un 30% de los casos.

TABLA 3
PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

	Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
		N°	%
Percepción de la calidad de vida	Muy Mal	1	2,5
	Poco	4	10,0
	Lo normal	24	60,0
	Bastante bien	6	15,0
	Muy bien	5	12,5
	Total	40	100,0
Satisfacción con la salud	Insatisfecho	12	30,0
	Lo normal	22	55,0
	Bastante satisfecho	2	5,0
	Muy satisfecho	4	10,0
	Total	40	100,0

En la tabla 4, se observa un predominio con 95% en una mejor salud física, 82,5% en mejor salud Psicológica y

una mejor relación social, así como ambiental en 97,5% cada una respectivamente.

TABLA 4
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIONES

Dimensiones	Mejor		Menor		Total	
	Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %	Frecuencia N°	Porcentaje %
Salud Física	38	95,0	2	5,0	40	100,0
Salud Psicológica	33	82,5	7	17,5	40	100,0
Relación Social	39	97,5	1	2,5	40	100,0
Relación ambiental	39	97,5	1	2,5	40	100,0

DISCUSIÓN

En la edad adulta, la calidad de vida y la salud mental, están influenciadas por el entorno social y físico, así como, por experiencias de vida y factores estresantes propios del envejecimiento, la exposición a la adversidad, la pérdida de capacidades y la reducción de la funcionalidad, pueden generar angustia psicológica; además, los adultos mayores son más propensos a enfrentar eventos adversos como el duelo y la discriminación por su edad; lo que también, va a afectar la salud mental del mismo. El aislamiento social, la soledad y el maltrato también son riesgos significativos para su estado de salud mental (18).

Al analizar los resultados sobre el nivel de deterioro social se determina que el 45% de los adultos mayores

y validación de una escala de valoración social para el adulto mayor en Lima-Perú", quien refiere que 71,31% de los participantes tienen más de 60 años; 46,92% tienen instrucción primaria y el 25,38% son viudos.

De lo que se puede evidenciar que en la población de estudio el deterioro social leve puede deberse a la soledad en la cual están viviendo por su viudez, situación que conllevaría a caer en un deterioro social crónico si no se toman las medidas de apoyo necesarias. Esta situación se explica desde lo expuesto del envejecimiento activo, que resalta la importancia de mantener relaciones sociales, participación activa y apoyo emocional para conservar la calidad de vida en la vejez. La falta de estos elementos, especialmente tras la pérdida de la pareja y en contextos de baja escolaridad, aumenta la vulnerabilidad del adulto mayor al aislamiento social y, en consecuencia, al deterioro progresivo de su funcionalidad psicosocial (19).

En cuanto al nivel de deterioro social según los diferentes soportes se determina que, el 70%, de los adultos mayores cuentan con recursos propios fijos; que el 47,5%, tienen vivienda propia y viven acompañados de familia; y el otro

se encuentran en el rango de edad de 62 a 87 años; el 40% son casados, el 50% tienen instrucción secundaria por lo que presentan niveles moderados de deterioro social. Datos que se diferencian de los resultados encontrados por Canahualpa (14), en el estudio denominado: "Elaboración

47,5%, tienen vivienda propia, pero viven solos. El 60%, tienen vida familiar afectiva; el 75%, comparten los problemas buscando comprensión y apoyo; el 92,5%, acuden a hospitales o clínicas para recibir atención médica. Estos resultados difieren de los hallazgos encontrados en el estudio sobre: "La evaluación geriátrica integral de los problemas sociales de los adultos mayores", realizado por Saldaña et al. (20), en este estudio se determinó que el 49,4 % tenían riesgo y/o deterioro social. Al valorar el deterioro por componentes se encontró que: en el soporte familiar el 11,7%, viven con su cónyuge; y el 8,7% viven solos o sus parientes se encuentran lejos; en la situación económica el 50,7%, tiene una pensión mínima o carece de la misma; en relación al aspecto físico ambiental el 9,1% tiene vivienda propia, pero con condiciones inadecuadas; dentro de las capacidades personales: el 29,9%, recurre a su familia o solo se mantiene en su domicilio; mientras que en el soporte social relacionado a los cuidados médicos el 28,6%, requiere cuidados especializados permanentes.

Esta comparación evidencia que el nivel de soporte familiar, económico y social en la población del presente estudio es relativamente más favorable, lo cual podría explicar el predominio de un deterioro social leve. Un envejecimiento exitoso se fundamenta en la interacción entre bajos niveles de discapacidad, alto funcionamiento cognitivo y físico, y una participación social activa (21). Así, los recursos propios, el acompañamiento familiar y el acceso a servicios médicos podrían actuar como factores protectores que mitigan el deterioro social, mientras que su ausencia tiende a agudizar la vulnerabilidad del adulto mayor frente a las condiciones sociales adversas (22).

En cuanto a la descripción de la calidad de vida del adulto mayor, el 60% de participantes la califican como normal, y el 55% están normalmente satisfechos con su salud. Al analizar por dimensiones se observa que el 95% percibe una mayor calidad de vida en los aspectos de salud física; el 82,5% tienen mayor calidad de salud psicológica; el 97,5% tienen mayor relación social y ambiental. Estos hallazgos se contraponen con un estudio en adultos mayores en Perú realizado por Márquez et al. (23), donde solo el 34,5% percibe a la calidad de vida como "normal". Lo que sugiere que los adultos mayores del CAMVIL, manifiestan altos niveles de satisfacción y bienestar en su salud. Es por ello, que la calidad de vida en la vejez está determinada por múltiples factores, incluyendo la autonomía, las relaciones sociales, el acceso a servicios sanitarios y la percepción subjetiva de bienestar (24). En este sentido, los resultados del presente estudio evidencian una correlación favorable entre estos componentes, lo que sugiere que los adultos mayores del CAMVIL manifiestan altos niveles de satisfacción y bienestar, en coherencia con el modelo de envejecimiento activo promovido por la OMS (25).

De igual manera al revisar la investigación denominada: "Calidad de vida del Adulto Mayor y su repercusión en la salud", realizado por Morocho et al. (26), en Machala vemos que los datos son diferentes; ya que, el 32% de los

encuestados demuestran tener una buena calidad de vida; siendo el rango de edad con mayor frecuencia entre 65 a 69 años; así mismo, el 26% se encuentran satisfechos con su salud; el 24% indica requerir un tratamiento médico; y finalmente, el 18% expresa que los malestares de la vejez repercuten en sus actividades cotidianas. En cuanto a la dimensión de salud el 42%, tienen una buena capacidad de concentración para realizar sus actividades diarias; el 32%, disfruta de su vida actual; y el 26%, indican que su vida tiene sentido.

Estas diferencias podrían atribuirse a variables como el entorno socioeconómico, la oferta de servicios de salud preventiva y el acceso a programas integrales de atención al adulto mayor (27). La percepción de calidad de vida en la vejez no solo depende del estado físico, sino también de factores psicológicos, relationales y del grado de integración social que posea el adulto mayor. Desde esta perspectiva, la calidad de vida se configura como una construcción multidimensional influida tanto por condiciones objetivas como por la percepción subjetiva del individuo (28). En el presente estudio, los adultos mayores presentan niveles más altos de satisfacción personal y bienestar emocional, lo que sugiere una mejor percepción integral de su calidad de vida frente a la muestra analizada en el estudio de Sepúlveda et al. (29).

En la dimensión de la relación social del adulto mayor de igual manera es diferente ya que el 36% indican tener apoyo de sus amigos en su diario vivir; el 26% está satisfecho con sus relaciones sociales; el 14% mencionan que se desplazan a diferentes lugares sin complicaciones; el 12% indican realizar actividades de entretenimiento; y, por último, el 12% manifiestan tener información necesaria para vivir. Estos datos reflejan una menor participación social y un acceso limitado a recursos que promuevan el bienestar en la vejez. Las relaciones sociales no solo aportan apoyo emocional, sino que también constituyen un recurso clave que facilita el acceso a servicios, información y redes de ayuda(30).

CONCLUSIONES

El presente estudio determina que el nivel de deterioro social reportado por los adultos mayores del CAMVIL es leve. Entre los hallazgos se destaca principalmente el grupo de edad comprendido entre los 76 y 86 años, cuyos integrantes se caracterizan en su mayoría por ser viudos y contar con un nivel de instrucción primaria. Además, se identificó que este deterioro social leve está estrechamente vinculado a problemáticas como el abandono y la soledad las cuales afectan significativamente su bienestar emocional y social.

De igual manera en relación con el soporte económico, los adultos mayores disponen de recursos propios y fijos, además de contar con vivienda propia lo que les permite percibirse como vivir en condiciones satisfactorias, sin embargo, se observa que aquellos que poseen vivienda suelen vivir solos lo que puede influir en su bienestar general. En cuanto al soporte familiar, se identificó que

mantienen vínculos afectivos, comparten sus problemas buscando comprensión y apoyo, y recurren a hospitales o clínicas cuando requieren atención médica, reflejando un enfoque proactivo hacia su cuidado integral.

La percepción de la calidad de vida en los adultos mayores de CAMVIL se clasifica mayoritariamente como normal, con un nivel de satisfacción general respecto a su salud, en las distintas dimensiones evaluadas se evidencia una tendencia a reportar una mayor calidad de vida. Sin embargo, un grupo reducido presenta una menor percepción de la calidad de vida en el ámbito psicológico, afectado por factores como la edad y problemas en su salud.

Según las respuestas obtenidas, los adultos mayores mantienen redes de apoyo tanto familiares como sociales, ya que se determinó que cuentan con una vida familiar afectiva y comparten sus problemas en busca de comprensión y respaldo, lo que contribuye significativamente a mantener una mejor calidad de vida

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado por los autores

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el apoyo del personal del Centro del Adulto Mayor de Vilcabamba, por participar activamente, y hacer posible la obtención de los datos para la investigación.

REFERENCIAS

1. Valle M, Gejo A, Álvarez J. Geriatría y cuidados paliativos oncología, hematología y manejo del dolor. CTO. 11a Edición.; Madrid; c2022.55 p.
2. Herazo-Beltrán Y, Quintero-Cruz MV, Pinillos-Patiño Y, García-Puello F, Núñez-Bravo N, Suárez-Palacio D. Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Rev Latinoam Hipertens. 2017;12(5):174–181. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1702/170254309009.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Geriatrika. 2022;12: p. 38–43. Disponible en: <https://n9.cl/retsd>
4. Organización de las Naciones Unidas [ONU]. Envejecimiento. 2019. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
5. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Estado de situación de las personas adultas mayores. 2010. Disponible en: <https://acortar.link/omaiy5>
6. Paredes Y, Yarce E, Aguirre D. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. Rev Ciencias la Salud. 2018;16(1):114–128. DOI: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revalsalud/a.6494
7. Kurniawati putri. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Univ Nusant PGRI Kediri [Internet]. 2017;01:1–7. Disponible en: <https://n9.cl/x4qel4>
8. Organización Panamericana de la Salud [OPS], Fondo de Población de la Naciones Unidas [UNFPA]. La investigación poblacional sobre el envejecimiento con enfoque de curso de vida. 2023. Disponible en: <https://n9.cl/wqwtq>
9. Rodríguez-Gutiérrez S, Alarcón-Rivera M, Concha-Cisternas Y, Valdés-Badilla P, Guzmán-Muñoz E. Asociación entre la condición física y calidad de vida con la fragilidad en personas mayores. 2022;51(2):2201976. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000200017&lang=es
10. Villarreal E, Pérez P, Usta A. Salud y calidad de vida autopercibida de los adultos mayores en un municipio del caribe colombiano. Salud Uninorte. 2022;38(01):35–50. DOI: <https://doi.org/10.14482/sun.38.1.613.042>
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC estima que, según proyecciones en el mediano plazo, Ecuador tendrá más adultos mayores, menos niños y adolescentes en 2050. 2024; Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-tendra-mas-adultos-mayores-menos-ninos-y-adolescentes-en-2050/>
12. Bárcena A, Cimoli M, García R, Beteta P, Peréz R. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Editorial CEPAL. 2018: 259 p. Disponible en: <https://n9.cl/rpgb>
13. Pinilla M, Ortiz M, Suárez J. Adulto mayor envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Salud Uninorte. 2021;37(2):488–505. DOI: <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>
14. Canahualpa Ubaldo A. Elaboración y validación de una escala de valoración social para el adulto mayor en Lima-Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: <https://n9.cl/f6ogc>
15. Zambrano C, Fajardo G, Lam A. Calidad de vida y sus determinantes en los adultos mayores. 2023;8(3):3073–3085. DOI: 10.23857/pc.v8i3
16. Bravo Cordero JA. Estrategia de intervención educativa dirigida a los cuidadores de adultos mayores en Zaruma 2021. 2022. Disponible en: <https://biblioteca.utpl.edu.ec/cgi-bin/abnetclwo?METS=80344585151>
17. Murgieri M. Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Desarrol Programas Trat Asertivo Comunitario en Andalucía Doc marco Serv Andaluz Salud. 2010;325–333. Disponible en: <https://n9.cl/0p3j3>
18. Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

19. Intriago A, Velastegui R, Saltos L, Altamirano L. La disminución de las habilidades sociales y la calidad de vida en el grupo de adultos mayores y sus afectaciones. 593 Digit Publ CEIT. 2024;9(1-1):99–111. DOI: 10.33386/593dp.2024.1-1.2264
20. Saldaña Montenegro L, Roque Salazar C, De la Puente Olortegui C, Sarapura Gómez A, Ramírez Aranda E. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. 2009;26(3):169–174. Disponible en: <http://surl.li/jsxhv>
21. Fernández S, Cáceres D, Manrique Y. Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida. Diversitas. 2020;16(1):55–64. DOI: 10.15332/22563067.5541
22. García M, Sánchez D, Román R. Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. Estud Demogr Urbanos Col Mex. 2018;34(1):101–128. DOI: <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v34i1.1810>
23. Márquez A, Azzolini J, Giménez C, Rodríguez F, Otaño D, Martínez P. Calidad de vida en adultos mayores, un análisis de sus dimensiones. Rev Psicol. 2020;6:1–12. Disponible en: <https://n9.cl/dp9tfr>
24. Pérez A, Becerra A, Hernández G, Estrada M, Medina E. Calidad de vida y actividades de la vida diaria en adultos mayores mexicanos. Psicol y Salud. 2021;32(1):171–179. DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2723>
25. Petretto DPRGLLC. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2022;1. Disponible en: 10.1016/j.regg.2015.10.003%0A Acceso a texto completo%0A
26. Morocho E, Morocho D, Rodríguez J. Calidad de vida del Adulto Mayor y su repercusión en la salud. Dominio las Ciencias. 2024;10(3): 533–547. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3938>
27. Palma E, Escarabajal M. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores Effects of loneliness on the health. Gerokomos. 2021;32(1):22–25. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v32n1/1134-928X-geroko-32-01-22.pdf>
28. Alonso A.; Qués A.; Salgado L.; Vázquez C.; Ramos Á.; Del, M.; López C. Soledad y aislamiento social en personas mayores de una población rural de Galicia. Gerokomos. 2023;34:222–228. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v34n4/1134-928X-geroko-34-04-222.pdf>
29. Sepúlveda W, Dos R, Maciel , Probst VS. Social participation, a factor to consider in the clinical evaluation of the older adult: A narrative review. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):341–349. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>
30. Parada K, Guapisaca J, Bueno G. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Rev Científica UISRAEL. 2022;9(2):77–93. DOI: <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>