



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TEMA

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR INFORMAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA
EN USUARIOS CON ALZHEIMER, BARRIO SIMÓN BOLÍVAR. LA
LIBERTAD, 2023**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

PERALTA CADA NICOLE ELIZABETH

TUTORA

LIC. ISOLED DEL VALLE HERRERA PINEDA, PhD.

PERÍODO ACADÉMICO

2023-2

TRIBUNAL DE GRADO

Lcdo. Milton González Santos, Mgt.
**DECANO FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES DE LA SALUD**

Lic. Nancy M. Domínguez Rodríguez Mgt.
**DIRECTORA CARRERA DE
ENFERMERIA**

Lic. Anabel Sarduy Lugo, MSc
DOCENTE DE ÁREA

Lic. Isoled Del Valle Herrera Pineda, PhD
TUTORA

Ab. María Rivera González, Mgtr.
SECRETARÍA GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutora del presente trabajo de investigación: PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR INFORMAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS CON ALZHEIMER, BARRIO SIMÓN BOLÍVAR. LA LIBERTAD, 2023, elaborado por la Srta. PERALTA CADA NICOLE ELIZABETH, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, la APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente

Lic. Isoled Del Valle Herrera Pineda, PhD.

TUTORA

DEDICATORIA

En primer lugar, dedico este trabajo de titulación a Jehová por darme sabiduría y conocimiento durante toda mi carrera universitaria, por brindarme la fuerza necesaria para seguir adelante sin importar los obstáculos que se presentaron en el camino y poder culminarla con éxito.

De igual manera, a la Universidad Estatal Península de Santa Elena por darme la oportunidad de formarme en tan prestigiosa institución, principalmente a los docentes de la carrera de enfermería quienes brindaron sus conocimientos para fortalecer mis destrezas y habilidades, para así convertirme en una excelente profesional quien ejerza adecuadamente en cualquier institución de salud.

Asimismo, a las personas que participaron voluntaria y desinteresadamente en la investigación, quienes esperan leer los resultados con ansias, espero de todo corazón no decepcionarlos.

Además, dedico este trabajo a mis padres VIDAL PERALTA y JANET CADA por apoyarme incondicionalmente durante toda mi carrera universitaria, por brindarme seguridad y calma en momentos de mi vida en los que he estado susceptible y necesitado consejos para decidir sabiamente, a mi familia por escucharme y brindar su ayuda en momentos difíciles, siendo los pilares fundamentales para culminar mi carrera con éxito.

Nicole Elizabeth Peralta Cada

AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradezco a Jehová por darme salud y guiarme en el camino correcto, protegiéndome física, mental y espiritualmente, permitiendo culminar mi carrera universitaria con éxito.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena, en especial a los docentes de enfermería por brindar sus conocimientos y orientarme adecuadamente en este último escalón para convertirme en una excelente profesional.

Agradezco de todo corazón a aquellas personas que me ayudaron desinteresadamente durante la recolección de datos para desarrollar mi trabajo de titulación sin ningún inconveniente.

Finalmente, y no menos importante, gracias a mis padres y familia por escucharme, ayudarme a decidir correctamente en momentos difíciles y apoyarme en mis elecciones, a mis amigas que estuvieron en los buenos y malos momentos, pero siempre ayudándonos las unas a las otras.

Nicole Elizabeth Peralta Cada

DECLARACIÓN

Declaro que el contenido de este proyecto de investigación previo a la obtención del título Licenciatura en Enfermería, es enteramente de mi autoría y no ha sido publicado previamente, el patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Nicole Elizabeth Peralta Cada

CI: 2450289547

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
DECLARACIÓN	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
1. El Problema	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Formulación del problema	3
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo principal	3
2.2 Objetivos específicos	4
3. Justificación	4
CAPÍTULO II	5
2. Marco Teórico	5
2.1 Fundamentación referencial	5
2.2 Fundamentación teórica	7
2.2.1 Percepción	7
2.2.2 Cuidador informal	7

2.2.3 Enfermedad de Alzheimer (EA).....	8
2.2.4 Etapas de la enfermedad.....	8
2.2.5 Factores de riesgo.....	8
2.2.6 Calidad de vida.....	10
2.2.7 Determinantes de la calidad de vida.....	10
2.2.8 Teorías de Enfermería.....	11
2.3 Fundamentación legal.....	12
2.3.1 Constitución de la República del Ecuador.....	12
2.3.2 Reglamento General Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores	12
2.4 Formulación de la hipótesis.....	13
2.5 Identificación y clasificación de variables.....	13
2.5.1 Variable independiente.....	13
2.5.2 Variable dependiente.....	13
2.6 Operacionalización de variables.....	15
CAPÍTULO III.....	17
3. Diseño metodológico.....	17
3.1. Tipo de investigación.....	17
3.2. Métodos de Investigación.....	17
3.3. Población y muestra.....	17
3.4. Tipo de muestreo.....	17
3.5. Criterios de Inclusión.....	17
3.6. Criterios de exclusión.....	18
3.7. Técnicas de recolección de datos.....	18
3.8 Instrumentos de recolección de datos.....	18
3.9 Aspectos éticos.....	18
CAPÍTULO IV.....	19

4.	Presentación de Resultados.....	19
4.1.	Análisis e interpretación de resultados	19
4.2.	Comprobación de hipótesis.....	23
5.	Conclusiones	25
6.	Recomendaciones	26
7.	Referencias Bibliográficas	27
8.	Anexos	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable independiente.....	15
Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable dependiente.....	16
Tabla 3. Nivel biológico del usuario con Alzheimer.....	19
Tabla 4. Nivel emocional del usuario con Alzheimer.....	20
Tabla 5. Nivel social del usuario con Alzheimer.....	21
Tabla 6. Nivel económico del usuario con Alzheimer.....	22
Tabla 7. Nivel de calidad de vida del usuario con Alzheimer.....	23
Tabla 8. Calidad de vida del usuario con Alzheimer.....	24
Tabla 9. Sexo del usuario con Alzheimer.....	35
Tabla 10. Edad del usuario con Alzheimer.....	35
Tabla 11. Salud física.....	36
Tabla 12. Energía.....	36
Tabla 13. Estado de ánimo.....	37
Tabla 14. situación de vida.....	37
Tabla 15. Memoria.....	38
Tabla 16. Familia.....	38
Tabla 17. Matrimonio.....	39
Tabla 18. Amigos.....	39
Tabla 19. Yo como un todo.....	40
Tabla 20. Habilidad para hacer tareas alrededor de la casa.....	40
Tabla 21. Habilidad para hacer cosas por diversión.....	41
Tabla 22. Dinero.....	41
Tabla 23. La vida como un todo.....	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Nivel biológico del usuario con Alzheimer.....	19
Figura 2. Nivel emocional del usuario con Alzheimer.....	20
Figura 3. Nivel social del usuario con Alzheimer.....	21
Figura 4. Nivel económico del usuario con Alzheimer.....	22

RESUMEN

El Alzheimer es una patología relacionada con la demencia, que causa dificultad en el pensamiento, comportamiento y memoria, afectando al ser humano tanto física como mentalmente; siendo la calidad de vida la que se define de manera multidimensional, incluye a las esferas biológicas, psicológicas y sociales. El objetivo general del presente trabajo fue determinar la percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida en usuarios con Alzheimer, Barrio Simón Bolívar. La Libertad, 2023. Este estudio se basa en una investigación de enfoque cuantitativo, donde se recolectarán y analizarán datos relacionados con las variables de interés, siendo el Alzheimer la independiente y la calidad de vida la dependiente. Se utiliza un diseño transversal-descriptivo. El muestreo es no probabilístico por conveniencia y asciende a 30 cuidadores informales de adultos mayores con Alzheimer del Barrio Simón Bolívar. El software estadístico utilizado para el análisis de los resultados fue SPSS, donde se evidenció que en la dimensión biológica el 47% se considera en un nivel malo y regular en la misma proporción; seguido de la dimensión emocional con el 70% en un nivel malo; con respecto a la dimensión social el 70% corresponde a un nivel regular y finalmente en la dimensión económica el 60% se considera en un nivel bueno. En conclusión, el nivel de calidad de vida en su mayor proporción es regular y las dimensiones relacionadas al aspecto biológico, emocional, social y económico tienen una influencia significativa para los pacientes con Alzheimer.

Palabras clave: Alzheimer; calidad de vida; cuidador informal; percepción.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is a pathology related to dementia, which causes difficulty in thinking, behavior, and memory, affecting the human being both physically and mentally; being the quality of life that is defined in a multidimensional way, including biological, psychological and social spheres. The general objective of this study was to determine the perception of the informal caregiver on the quality of life of Alzheimer patients in the Simón Bolívar neighborhood. La Libertad, 2023. This study is based on a quantitative approach research, where data related to the variables of interest will be collected and analyzed, being Alzheimer's the independent one and quality of life the dependent one. A cross-sectional-descriptive design is used. The sampling is non-probabilistic by convenience and includes 30 informal caregivers of older adults with Alzheimer's disease in the Simón Bolívar neighborhood. The statistical software used for the analysis of the results was SPSS, where it was shown that in the biological dimension 47% are considered at a bad level and regular in the same proportion; followed by the emotional dimension with 70% at a bad level; with respect to the social dimension 70% corresponds to a regular level and finally in the economic dimension 60% is considered at a good level. In conclusion, the level of quality of life in its highest proportion is regular and the dimensions related to the biological, emotional, social and economic aspects have a significant influence for patients with Alzheimer's disease.

Keywords: Alzheimer's disease; quality of life; informal caregiver; perception.

INTRODUCCIÓN

La percepción es un proceso que va de la mano con la cognición y ambos permiten procesar, dar sentido, razonar y pensar de diferentes formas acerca de la relación de una persona con el mundo, también se habla de la interactividad, la cual llega a ser la comunicación existente entre dos o más personas, siendo así que estos tres términos se complementan y generan el intercambio de información mediante nuevas tecnologías, ahondando en un proceso de aprendizaje más efectivo (Fréré et al., 2022).

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa crónica y progresiva que afecta principalmente a la función cognitiva, la memoria y el comportamiento. Es la forma más común de demencia, un término general para describir una variedad de trastornos que afectan la memoria y otras habilidades cognitivas lo suficientemente graves como para interferir con la vida diaria (Alzheimer's Association, 2022).

Los síntomas iniciales de la enfermedad de Alzheimer suelen ser leves, como olvidos ocasionales o dificultades para recordar nombres y eventos recientes. Con el tiempo, los síntomas empeoran y pueden incluir desorientación en tiempo y espacio, dificultad en la comunicación, cambios en el comportamiento y la personalidad, además de problemas para realizar tareas cotidianas.

A medida que la enfermedad progresa, las personas con Alzheimer pueden tener dificultades para reconocer a familiares y amigos, experimentar cambios emocionales y comportamientos inusuales, perder la capacidad de llevar a cabo tareas básicas como vestirse y comer de manera autónoma. En las etapas avanzadas, la enfermedad puede llevar a la pérdida completa de la capacidad de hablar, moverse y cuidarse a sí mismo (Robles et al., 2016).

El presente estudio tiene como objetivo determinar la percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida en usuarios con Alzheimer. Es una investigación de enfoque cuantitativo, donde se recolectarán y analizarán datos relacionados con las variables de interés. Se utiliza un diseño transversal, y es descriptivo. Se evidencia que la salud física, así como la energía y el estado de ánimo que enfrentan los pacientes con Alzheimer es mala; mientras que las relaciones interpersonales se consideran regulares con la familia y amigos, por otra parte, en el aspecto financiero se tiene un nivel bueno. De esta forma el nivel de calidad de vida en su mayor proporción es regular y las dimensiones relacionadas al aspecto económico, biológico y social tienen una influencia positiva y significativa para los pacientes con Alzheimer.

CAPÍTULO I

1. El Problema

1.1 Planteamiento del problema

La percepción se la puede definir desde una forma filosófica o psicológica, esta llega a significar captación, siendo un proceso por el cual se recepta la realidad debido a un estímulo sensorial dado al receptor, ya sea de forma física o emocional se percibe al entorno. Es una capacidad compartida con los animales, sin embargo, el ser humano posee un mayor desarrollo ya que éste es capaz de reflexionar e identificar distintos estados anímicos, lo que le permite tener un análisis del por qué llega a suscitarse este tipo de circunstancias, siendo así un contacto directo con el lenguaje comunicativo y la racionalidad humana(Sanguineti, 2017).

La calidad de vida se define de manera multidimensional, incluye a las esferas biológicas, psicológicas y sociales, las cuales engloban al bienestar físico, emocional, desarrollo personal, derechos del individuo y relaciones interpersonales, estas a su vez son condicionadas por experiencias, creencias, ideales y percepciones de la persona, hasta obtener una completa plenitud y sentirse realizado (Robles et al., 2016).

Por otra parte, la enfermedad del Alzheimer perjudica considerablemente los aspectos psicológicos y físicos del usuario, alterando la memoria, pensamiento y comportamiento, los cuales no son graves al principio, pero con el transcurso del tiempo empeoran, interfiriendo en las actividades de la vida diaria y el aspecto social, es por ello que la calidad de vida del individuo se ve afectada (Alzheimer's Association, 2022).

A nivel mundial, más de 55 millones de usuarios cursan con esta patología, afectando principalmente a países del Caribe y América Latina, esta patología pertenece al grupo de demencias, siendo la más común, contribuyendo del 60 al 70% de los casos, considerada la causa principal de discapacidad y dependencia en adultos mayores principalmente desde los 65 años, pero en ciertas ocasiones suelen presentarse a una edad temprana (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

En Latinoamérica esta patología prevalece en países centroamericanos y sudamericanos, siendo Nicaragua el que ocupa el primer lugar con un aumento exponencial de 28.500 a casi 117.000 casos, siguiéndole Guatemala con 3.9 veces más casos que en 2019, y en tercer lugar Perú con un incremento de 3.8. En su totalidad, América Latina pasó de 4.4 millones a 13.4 millones de casos, siendo un aumento radical a nivel mundial (BBC News Mundo, 2022).

A nivel nacional, pocos lugares se encuentran capacitados para asistir a personas con este tipo de demencia, más aún si la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas. La fundación TASE ofrece un cuidado especializado, individualizado e integral considerando la situación del usuario, es una organización sin fines de lucro que contribuye a mejorar el desarrollo social y comunitario (Trascender con Amor, Servicio y Excelencia [TASE], 2021).

Aproximadamente 100.000 personas cursan con algún tipo de demencia, siendo el 60% afectado por el Alzheimer, el cual no solo influye en la persona que la padece a nivel físico, emocional, psicológico, social y económico sino también a sus familiares o cuidadores (Edición Médica, 2021).

Esta patología se clasifica entre las demencias degenerativas, es la que más prevalece en comparación con otras enfermedades de este tipo, en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia en el 2019, mediante consulta externa se atendieron 840 casos, los cuales 543 fueron femeninos y 297 masculinos, por el 2020 desde enero a agosto se presentaron 366 casos, siendo 231 femeninos y 135 masculinos, concluyendo que las mujeres son las más afectadas respecto a esta patología, siendo un riesgo preponderante para adquirirla (Junta de Beneficencia, 2020).

En la provincia de Santa Elena no se hallaron investigaciones respecto al tema, además se observó que la calidad de vida en varios adultos mayores moradores del barrio Simón Bolívar del cantón La Libertad es mala, por ello se decidió determinar la percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida, siendo 30 participantes los que aceptaron voluntariamente participar en la investigación, quienes ayudan a un familiar con Alzheimer debido a que en la provincia no existen instituciones especializadas para este tipo de patologías.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida en usuarios con Alzheimer, barrio Simón Bolívar, La Libertad, 2023?

2. Objetivos

2.1 Objetivo principal

Determinar la percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida en usuarios con Alzheimer, barrio Simón Bolívar. La Libertad, 2023.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar el nivel biológico del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.
2. Valorar el nivel emocional del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.
3. Analizar el nivel social del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.
4. Caracterizar el nivel económico del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.

3. Justificación

El desarrollo de la investigación es de relevancia práctica, porque al finalizar la misma se recomienda al cuidador informal sobre ciertas actividades que el usuario con Alzheimer puede realizar para mejorar su calidad de vida. La relevancia teórica del estudio radica en la patología y las necesidades básicas del ser humano, que a su vez engloba a las esferas biopsicosociales influyendo en la calidad de vida del individuo.

Por otra parte, es de relevancia social porque la comunidad podrá instruirse a través de los resultados de la investigación, siendo los autores principales los cuidadores informales quienes brindarán información relevante con respecto al estado de su familiar y comprender desde su perspectiva la calidad de vida de este. La relevancia académica radica en que no existen estudios locales previos que investiguen la percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida en usuarios con Alzheimer.

En el barrio Simón Bolívar del cantón La Libertad se observó que la calidad de vida en varios adultos mayores es mala, quienes reciben ayuda de un cuidador informal, los cuales brindarán información importante para comprender desde su percepción la calidad de vida de sus familiares, tanto en su estado físico, como el psicológico y social, abarcando así todas las esferas, estudiando al individuo de manera holística. Se espera que la investigación sirva como base para la realización de futuros estudios.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Fundamentación referencial

A nivel internacional, el estudio realizado por Cañas (2016) demostró que las personas con Demencia tipo Alzheimer (DTA) tienen síntomas de Disfunción Ejecutiva los cuales alteran la conducta y afectan en las actividades de la vida diaria, siendo un estudio cuantitativo con diseño observacional transversal, demostrando que los individuos con DTA moderadamente grave tienen una mayor alteración en las capacidades funcionales y una menor calidad de vida, en comparación con aquellos que tienen DTA moderada, leve y sin deterioro cognitivo.

Por otra parte, la investigación realizada por Cabañés (2016) afirmó que esta patología no tiene cura farmacológica, pero existen terapias no farmacológicas (ejercicio físico, TICs y musicoterapia) que ayudan al bienestar emocional, disminuyen el estrés y mejoran la calidad de vida, es por ello que se planteó como objetivo comparar y demostrar cuál conseguía mejores resultados, siendo un estudio cuantitativo, obteniendo que la musicoterapia ayuda significativamente en el nivel de ansiedad y depresión, favoreciendo la regeneración neurológica (cognición, conducta, emociones) y al sistema inmunológico.

En otro estudio realizado por Cañas et al. (2018) aseveran que esta es una patología neurodegenerativa que ocasiona problemas en la cognición y conducta, afectando la calidad de vida del individuo que la padece. Se utilizó la escala de calidad de vida en la Enfermedad de Alzheimer-QOL-AD, obteniendo como resultado que los pacientes con Alzheimer mantienen una menor calidad de vida en comparación con aquellos que no poseen deterioro en la cognición.

De igual manera, se ha dado un intensivo incremento en el deterioro de la vida adulta siendo el Alzheimer la enfermedad neurodegenerativa con más casos a nivel mundial, sin embargo, esta no solo afecta al paciente pues su entorno se ve comprometido afectando la calidad de vida. El estudio culminó con tres temas fundamentales: la importancia de la enfermedad, la calidad de vida y su manejo en patologías neurodegenerativas (Klaassen et al., 2021).

Por otra parte, en un estudio descriptivo de corte transversal se utilizó el instrumento Calidad de vida en la Enfermedad de Alzheimer (ADRQL), además del Índice de Barthel. Obteniéndose como resultado que el 65,7% de los participantes consideraban su calidad de vida global como satisfactoria (Ribot et al., 2018).

Estos estudios internacionales sobre la calidad de vida en adultos mayores con la enfermedad de Alzheimer permiten escoger el instrumento que se adecua a la investigación, además de saber más sobre la enfermedad y las consecuencias en la cotidianidad de la persona que la padece, desde la perspectiva del afectado como de la persona que lo cuida, ya sea un familiar o un profesional de salud.

A nivel nacional, el estudio realizado por Toro et al. (2022) aseguran que la muerte de las células neuronales produce cambios irreversibles, provocando pérdida en la memoria, deterioro en la cognición y posteriormente la demencia, a través de una metodología descriptiva con enfoque documental y la revisión de fuentes bibliográficas se obtuvo como resultado la descripción de las etapas de la enfermedad, cuadro clínico, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, siendo recomendable que al presentarse algún síntoma se acuda inmediatamente al médico de confianza.

De igual manera, la investigación realizada por Galarza (2017) manifestó que la enfermedad de Alzheimer (EA) es un evento crónico neurodegenerativo que afecta la calidad de vida del que lo padece, es por ello de gran importancia el tratamiento que se brinda. Tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental-transversal, revisando las historias clínicas de los pacientes atendidos en los diversos servicios en el 2016 y aplicando el Cuestionario Quality Of Life in Alzheimer's Disease Scale (QOL-AD) tanto al paciente como a su cuidador. En los resultados se obtuvieron bajas puntuaciones de ambos entrevistados, demostrando un nivel bajo en la calidad de vida del usuario.

Por consiguiente, se afirma que esta enfermedad neurodegenerativa se manifiesta por el deterioro funcional, psicológico y cognitivo, ocasionando cambios en la conducta y estado de ánimo, siendo progresiva e irreversible, con la presencia neta de los síntomas se ve la degeneración cognitiva, afectando la memoria siendo éste el inicio de la demencia. Tanto las funciones cognitivas, como los trastornos neuroconductuales y las capacidades funcionales son las características clínicas fundamentales que abordan de gran manera la calidad de vida (Cañas, 2020).

Además, esta enfermedad neurodegenerativa tiene mayores afecciones en el funcionamiento del cerebro, siendo así un trastorno progresivo crónico lo cual termina afectando el estado de ánimo, la memoria y orientación del paciente. Se ubican datos y resultados a nivel mundial con información fundamental además de datos relevantes, todo con el fin de conocer la forma de desarrollo de la enfermedad (Hinojosa y Narváez, 2017).

Finalmente, se asegura que esta enfermedad se empieza a generar en la edad adulta debido a un envejecimiento progresivo, logra generar confusión, deterioro de memoria y

de la atención. El estudio tuvo un enfoque descriptivo cualitativo, demostrando que los factores de riesgo son: edad, enfermedades cardiovasculares y problemas emocionales (Mejía et al., 2021).

Estos estudios nacionales permitieron conocer acerca de la enfermedad de Alzheimer en el país, sabiendo que existen pocas instituciones especializadas en tratar patologías referentes a la demencia, es por ello por lo que los familiares se convierten en cuidadores informales, brindando su apoyo las veinticuatro horas del día los 7 días de la semana.

2.2 Fundamentación teórica

2.2.1 Percepción

Es el desarrollo de la realidad en el cerebro, este brinda un significado e interpretación a las situaciones dadas dentro de un espacio, abarca a todo el sistema nervioso pues recibe información multisensorial de todo aquello que le rodee. Según la psicología clásica la percepción es la forma que toma la información en la conciencia de una persona y cómo esta es rechazada o aceptada por la misma, siendo que su interpretación es la creación de la realidad en un plano individual (Galindo, 2016).

Puede ser cambiante siendo así subjetiva, selectiva y temporal; llega a ser subjetiva cuando las estimulaciones dadas entre individuos varían, es selectiva porque el individuo elige aquello que quiere percibir y temporal porque se da en cortos lapsos de tiempo (Razo et al., 2018).

Centramos a la percepción en la capacidad que posee cada individuo de receptor y comprender información alterna a la propia, la cual llega a ser codificada por la facultad sensitiva que se posee. Mediante un proceso cognitivo se genera la posibilidad de interpretar las señales recibidas por el cuerpo a partir de un concepto de propia percepción, siendo un proceso mental que se lleva a cabo a partir de una decodificación de información externa (Alonso, 2021).

2.2.2 Cuidador informal

El cuidador informal primario tiene a su cargo la realización de tareas de cuidado para con el enfermo pues este no puede llegar a realizarlas por sí mismo, por otra parte, ciertos autores mencionan que el cuidado se relaciona con actividades de apoyo tanto físicas como emocionales (Mullo, 2018).

El cuidador es quien ayuda en las necesidades básicas de una persona mayor sin buscar retribuciones, la cual es brindada voluntariamente, el adulto mayor pasa de los 65 años y este posee rasgos de la edad ya sean biológicos, psicológicos o sociales, que

requieren el cuidado de otra persona, ya sea un familiar, conocido o prestador externo (Ramírez et al., 2019).

2.2.3 Enfermedad de Alzheimer (EA)

Es una patología neurodegenerativa cuya etiología se desconoce, caracterizada por el deterioro en la cognición y conducta, se presenta especialmente en los adultos mayores a partir de los 65 años, pero también suele aparecer en edades tempranas, aunque no es muy común. Un síntoma clave de esta enfermedad es la pérdida de memoria, cambios de humor, desorientación y dificultad para resolver problemas, así sean simples. Con respecto al diagnóstico, se debe realizar una evaluación clínica, familiar y neuropsicológica exhaustiva, además de estudios imagenológicos como la tomografía cerebral para obtener datos más certeros, afirmando o descartando la enfermedad (Gamadiel y Gilaberte, 2021).

2.2.4 Etapas de la enfermedad

Etapa inicial: se presenta dificultad en el lenguaje, pérdida de memoria reciente, desorientación en tiempo y espacio, dificultad en la toma de decisiones, falta de motivación o iniciativa, cambios bruscos en el estado de ánimo (agresión y depresión), pérdida de interés en actividades cotidianas, alteración del sueño y descuido de la higiene personal.

Etapa moderada: la enfermedad se encuentra en una fase avanzada, aumentando los síntomas anteriormente mencionados, el paciente se vuelve dependiente al cuidado de otra persona para realizar actividades cotidianas, así como en su higiene personal ya que tiende a olvidar las cosas, especialmente de eventos recientes o nombres de ciertas personas, además de presentarse dificultad en el habla o tener alucinaciones, por lo cual, debe estar supervisado todo el día.

Etapa severa: el paciente se vuelve totalmente dependiente del cuidado de otra persona, exacerbándose los síntomas ya conocidos. No puede comer porque presenta dificultad, no reconoce a personas de su entorno principalmente a familiares o amigos, perdiéndose hasta de su propio hogar sin reconocer algunos lugares, no puede interpretar o entender situaciones que se presentan en la cotidianidad, además de presentarse problemas en la marcha, incontinencia fecal y urinaria, lo que conllevaría a un comportamiento inadecuado (Gamadiel y Gilaberte, 2021).

2.2.5 Factores de riesgo

Factores de riesgo no modificables

Genéticos determinantes: mutaciones genéticas autosómicas dominantes que

determinan la aparición de Alzheimer, siendo hereditarias, presentándose de manera precoz entre los 35 y 55 años.

Genéticos predisponentes: se tiene la presencia del alelo $\epsilon 4$ que está altamente relacionado con un mayor riesgo de padecer Alzheimer en un futuro. Se ha evidenciado que las personas portadoras de este gen tienen una respuesta poco favorable al tratamiento tras haber sufrido traumatismos craneoencefálicos.

Historia familiar: el 40% de las personas que padecen esta enfermedad lo adquirieron de manera hereditaria, más aún si los afectados son adultos mayores.

Edad: es el factor de riesgo principal para desarrollar patologías neurodegenerativas, aumentando su prevalencia desde los 60 años. Existen algunas formas de demencia que tienen mayor probabilidad de manifestarse antes de los 65 años, como la demencia frontotemporal que inicia entre los 45 a 65 años afectando la calidad de vida del que lo padece.

Sexo: las mujeres tienen una mayor probabilidad de adquirir EA en comparación con los hombres, sin embargo, ellos tienden a desarrollar una demencia lobar frontotemporal, especialmente la variante comportamental. Esta diferencia se debe a que las mujeres viven más en comparación de los varones, siendo la edad avanzada un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad, además del ánimo depresivo, menopausia quirúrgica y la preeclampsia, estados que afectan negativamente en la cognición (Muñoz, 2020).

Factores de riesgo modificables

Nivel educacional: los individuos con un mayor nivel de escolaridad o una elevada intelectualidad tienen una menor predisposición de desarrollar demencia, porque tienen una elevada funcionabilidad, en comparación de aquellas personas con un bajo nivel de escolaridad, quienes tienen mayor probabilidad en desarrollar la enfermedad.

Diabetes: la diabetes tipo 2 aumenta el riesgo de padecer EA, se asocia mayormente con la enfermedad del Alzheimer porque comparten mecanismos moleculares y celulares, además de ser resistentes a la insulina.

Actividad física: realizarla de manera regular aumenta el flujo sanguíneo cerebral estimulando el crecimiento neuronal, por lo tanto, disminuye considerablemente el riesgo de adquirir enfermedades relacionadas a la demencia, además de mantener un peso ideal y reducir la aparición de enfermedades crónicas.

Dieta: se asocia a un estilo de vida saludable disminuyendo la aparición de enfermedades crónicas, la dieta mediterránea está asociada a un lento deterioro en la

cognición y menor probabilidad de adquirir EA (Terrado et al., 2017).

2.2.6 Calidad de vida

Se enfoca en cómo el individuo se percibe en la vida basándose en un aspecto cultural y en un sistema de valores con los que se vive, dando enfoque a las metas, estándares y objetivos personales. El concepto al que está ligado es de gran alcance pues va de la mano con la salud física, el estado psicológico y las relaciones sociales en su entorno (Gobierno de México, 2021).

2.2.7 Determinantes de la calidad de vida

El ser humano es estudiado de manera holística considerando las esferas biopsicosociales del mismo, por lo cual existen ciertos determinantes sobre la calidad de vida que se relacionan con su entorno social, físico, psicológico y económico, estos a su vez llegan a ser subjetivos, sin embargo, pueden variar por la edad o el sexo (Botero De Mejía y Pico, 2007).

La calidad de vida se puede mejorar según el cambio en la rutina diaria de las personas, esta reflejará aspectos positivos tanto en su salud como en su felicidad, para determinar una calidad de vida se vislumbra ciertos indicadores como: físico, que abarca la salud y seguridad de las personas; material, en la cual se refleja la vivienda, servicios básicos y el alimento que posee; educativo, la calidad de educación que ha recibido en su vida; bienestar emocional, el cual evalúa un aspecto psicológico de autoestima y desarrollo social del individuo; social, que implica el desarrollo del entorno familiar, comunitario y amistades.

Para mejorar la calidad de vida se necesitan hacer cambios en las rutinas diarias comenzando por la alimentación, porque esta contribuye a un cuerpo sano y una mente estable, consumir la suficiente cantidad de vitaminas, proteínas y carbohidratos en niveles balanceados permitirá un mejor desarrollo de las capacidades físicas y cognitivas de las personas, teniendo como beneficios un mejor rendimiento en la memoria, en el ámbito educativo y una mejora en el estado anímico de cada persona.

Existen otros aspectos que pueden llegar a mejorar la calidad de vida como: el cuidado del entorno social, que indica no descuidar las relaciones familiares ni las amistades que se posee, ya que estas traerán un beneficio emocional en su vida evitando así situaciones comunes como la soledad y la depresión; poner objetivos en la vida, estos llegan a ser fundamentales ya que de forma indirecta afectan su forma de vivir, pues permite el desarrollo individual y a la vez social de las personas; tener una vida activa es de suma importancia ya que permite poseer una buena salud, lo que llevará a tener más

energía mejorando la calidad de vida que se posee (CONCA ORGANICS, 2021).

2.2.8 Teorías de Enfermería

Déficit del autocuidado- Dorothea Orem (1969)

El autocuidado es una actividad orientada a un objetivo, existe en situaciones concretas, dirigida por el individuo hacia sí mismos, otras personas o el entorno, para regular los factores que afectan al desarrollo y funcionamiento de la salud o bienestar. Por norma general las personas son capaces de adaptarse a cambios intrínsecos o extrínsecos, pero puede darse una situación en que la demanda hacia un individuo exceda su capacidad para responder a ella, donde se requiere ayuda externa, ya sea de familiares, amigos o profesionales de enfermería. Orem utilizaba el término agente de autocuidado para referirse al individuo que proporciona cuidados o realiza actividades específicas, en el contexto de una persona con Alzheimer, el principal agente de cuidado es el familiar, quien se encarga de aspectos físicos, psicológicos y sociales para procurar el bienestar del enfermo (Naranjo et al., 2017).

14 necesidades - Virginia Henderson (1956)

Esta teórica describía la importancia

a del cuidado de manera holística en todas sus esferas biopsicosociales, para que el individuo se desarrolle de manera óptima en su entorno, principalmente en aquellos que dependen del cuidado de otra persona como en la Enfermedad del Alzheimer, en especial al encontrarse en etapas avanzadas donde se requiere mayor cuidado debido al deterioro cognitivo y conductual que presenta el paciente, no pudiendo valerse por sí mismo, es por ello que: “Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo” (Marriner y Raile, 2011).

2.3 Fundamentación legal

2.3.1 Constitución de la República del Ecuador

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años (LEXIS, 2011).

2.3.2 Reglamento General Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores

Título II

Deberes del estado y corresponsabilidad de la sociedad y la familia

Capítulo III

Corresponsabilidad de la Familia

Art. 15.- Obligación de la familia: Los miembros de la familia de las personas adultas mayores son responsables de su cuidado y protección; para lo cual, deberán:

1. Procurar un entorno afectivo libre de violencia que posibilite la vida digna de las personas adultas mayores, sin importar su grado de autonomía y nivel de vulnerabilidad;

2. Proveer el cuidado y la protección integral de las personas adultas mayores de su contexto familiar;

3. Procurar la estabilidad emocional y psíquica de las personas adultas mayores;

4. Procurar, en el marco de sus posibilidades económicas, una alimentación adecuada a las necesidades nutricionales de las personas adultas mayores, fomentando una vida saludable;

5. Proveer, en el contexto de sus posibilidades económicas y materiales, la seguridad económica y el bienestar material de las personas adultas mayores que hacen parte del núcleo familiar;

6. Prever, en el contexto de sus posibilidades económicas, espacios de ocio y recreación específicos para las personas adultas mayores que hacen parte de su núcleo familiar;

7. Solicitar a las autoridades competentes, medidas de protección integral a favor de las personas adultas mayores en situaciones de riesgo o vulneración de los derechos que pongan en peligro el bienestar de las personas adultas mayores que conforman el núcleo familiar;

8. Cumplir las disposiciones administrativas y judiciales relacionadas con el bienestar de las personas adultas mayores a su cargo;

9. Pagar íntegra y oportunamente las pensiones alimenticias necesarias para la congrua subsistencia de las personas adultas mayores, cuando así haya sido impuesto por las autoridades competentes;

10. Participar en los programas y acciones que el Estado, a través de sus instituciones, y la sociedad organicen en favor de las personas adultas mayores; y,

11. Promover y desarrollar actividades para prevenir la vulneración de derechos de las personas adultas mayores (LEXIS, 2020).

2.4 Formulación de la hipótesis

La percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida en usuarios con Alzheimer es considerada mala.

2.5 Identificación y clasificación de variables

2.5.1 Variable independiente

Alzheimer

2.5.2 Variable dependiente

Calidad de vida

2.6 Operacionalización de variables

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable independiente

Hipótesis	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
La percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida en usuarios con Alzheimer es considerada mala.	Alzheimer	Es un tipo de demencia que ocasiona deterioro en el pensamiento, memoria y comportamiento del individuo. La enfermedad se desarrolla progresivamente, empezando con síntomas leves y empeora con el pasar del tiempo hasta que interfiere en las tareas cotidianas.	Sexo Edad	Masculino Femenino 65-70 años	Técnica: Encuesta Instrumento: Escala QOL-AD (Calidad de vida en personas con Alzheimer)

Elaborado por: Peralta Cada, Nicole Elizabeth

Tabla 2*Matriz de operacionalización de la variable dependiente*

Hipótesis	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
La percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida en usuarios con Alzheimer es considerada mala.	Calidad de vida	Se refiere a las condiciones de vida en el que se desarrolla el individuo, abarcando los aspectos físicos, económicos, sociales y emocionales.	<p>Biológico</p> <p>Emocional</p> <p>Social</p> <p>Económico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Salud física. ❖ Memoria. ❖ La vida como un todo ❖ Habilidad para hacer tareas alrededor de la casa. ❖ Habilidad para hacer cosas por diversión ❖ Energía ❖ Estado de ánimo. ❖ Autoconcepto ❖ Familia ❖ Matrimonio ❖ Amigos ❖ Situación vivienda ❖ Situación financiera 	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Escala QOL-AD (Calidad de vida en personas con Alzheimer)</p>

Elaborado por: Peralta Cada, Nicole Elizabeth

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de investigación

Este estudio se basa en una investigación de enfoque cuantitativo, donde se recolectarán y analizarán datos relacionados con la variable de interés. Se utiliza un diseño transversal, ya que se recopilarán datos de un período específico. El enfoque es descriptivo porque identifica percepción de los cuidadores informales de usuarios con Alzheimer, además de recurrir a fuentes bibliográficas y artículos científicos para obtener bases científicas en enfermería y fundamentación teórica con relación al tema de investigación (Hernández et al., 2014).

Así mismo, proporcionará aportes para futuros estudios sobre el nivel de calidad de vida y busca crear conciencia entre los cuidadores informales sobre las actividades que pueden realizar aquellos usuarios con Alzheimer para mejorar su calidad de vida.

3.2. Métodos de Investigación

Estudio observacional: Mediante la observación directa de la población de estudio, se puede identificar la calidad de vida en usuarios con Alzheimer referente a su aspecto biológico, capacidad funcional, social y económico. Esto ayudará a establecer los aspectos de mayor relevancia que afectan la calidad de vida de los usuarios con Alzheimer.

Encuestas: Realizar encuestas a cuidadores informales de adultos mayores con Alzheimer para recopilar información sobre la calidad de vida referente a su aspecto biológico, capacidad funcional, social y económico.

3.3. Población y muestra

El análisis de estudio del presente trabajo cuenta con una población de 30 cuidadores informales de adultos mayores con Alzheimer del barrio Simón Bolívar del cantón La Libertad.

3.4. Tipo de muestreo.

El muestreo que se realiza es no probabilístico y asciende a 30 cuidadores informales de adultos mayores con Alzheimer del barrio Simón Bolívar del cantón La Libertad, siendo un muestreo por conveniencia.

3.5. Criterios de Inclusión

- Cuidadores informales de usuarios con Alzheimer.
- Cuidadores informales de usuarios mayores o iguales a 65 años.

3.6. Criterios de exclusión

- Cuidadores informales de usuarios que no presenten Alzheimer.
- Cuidadores informales de usuarios menores a 65 años.

3.7. Técnicas de recolección de datos

En la presente investigación se utilizaron como técnica primaria:

- Observación
- Encuesta

Técnica secundaria:

- Documental-bibliográfica

3.8 Instrumentos de recolección de datos

La encuesta se basó en el instrumento denominado QOL-AD sobre calidad de vida en personas con Alzheimer desarrollado por Logsdon, Gibbons, McCurry y Terry en 1996, la cual evalúa la calidad de vida del usuario desde dos perspectivas, paciente y cuidador. Constando de 13 ítems que abarcan el aspecto físico, psicológico y social, además de la calidad de vida en general. Este instrumento se puntúa a través de una escala de Likert, con cuatro opciones de respuestas, al realizar la sumatoria total, puntuaciones altas indican una mejor calidad de vida. La escala es fácil de aplicar y valorar, aproximadamente se demora 10 minutos en terminarla (León y Martínez, 2010).

3.9 Aspectos éticos

Se gestionaron las respectivas autorizaciones y trámites correspondientes previo y durante el trabajo de investigación, se incluyeron la aprobación del instrumento a utilizar en la investigación por la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena para su aplicación, solicitando el debido permiso al presidente barrial para recolectar la información y el consentimiento informado presentado a los cuidadores informales antes de aplicar la encuesta.

CAPÍTULO IV

4. Presentación de Resultados

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Se realizaron personalmente las respectivas encuestas a los 30 cuidadores informales de los usuarios con Alzheimer, las mismas que fueron tabuladas a través del software SPSS obteniendo tablas y gráficos para su posterior análisis.

Objetivo 1: *Identificar el nivel biológico del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.*

Tabla 3

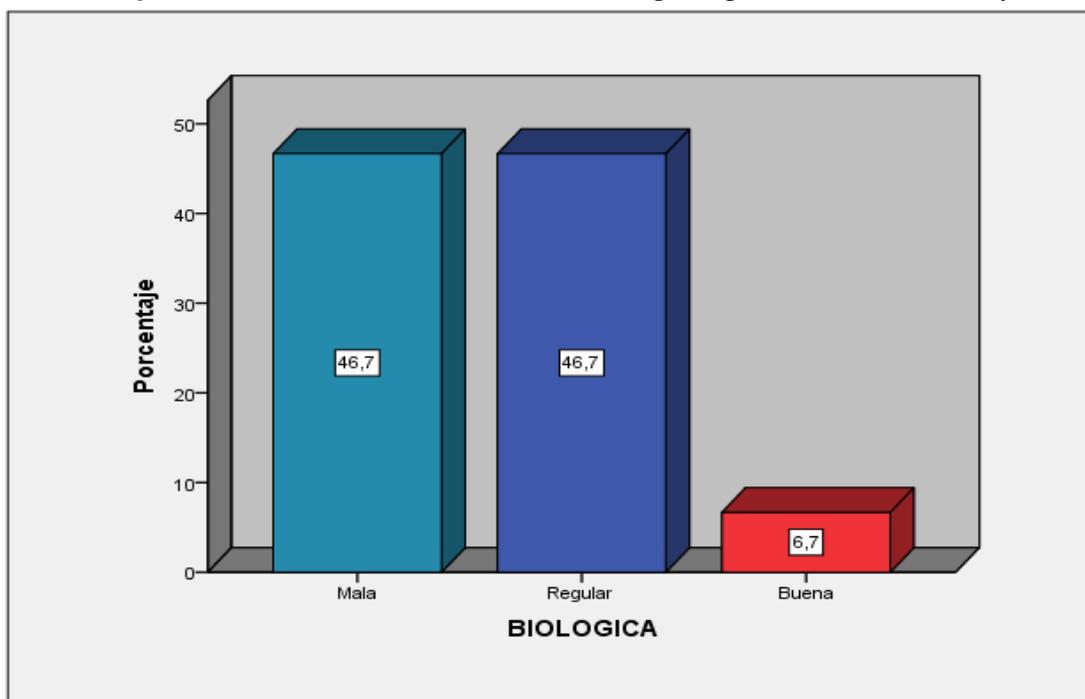
Nivel biológico del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Mala	14	46,7	46,7	46,7
Regular	14	46,7	46,7	93,3
Buena	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

Figura 1

Nivel biológico del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.



Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

Interpretación: Relacionados a la dimensión biológica donde el 47% considera ser mala, seguido del 47% que es regular y el 6% es buena. La salud física, memoria, la vida como un todo y la habilidad para realizar tareas alrededor de la casa que enfrentan los pacientes con Alzheimer en su mayoría se considera mala, por otro lado, la habilidad para hacer cosas por diversión se encuentra en un nivel regular.

Objetivo 2: Valorar el nivel emocional del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.

Tabla 4

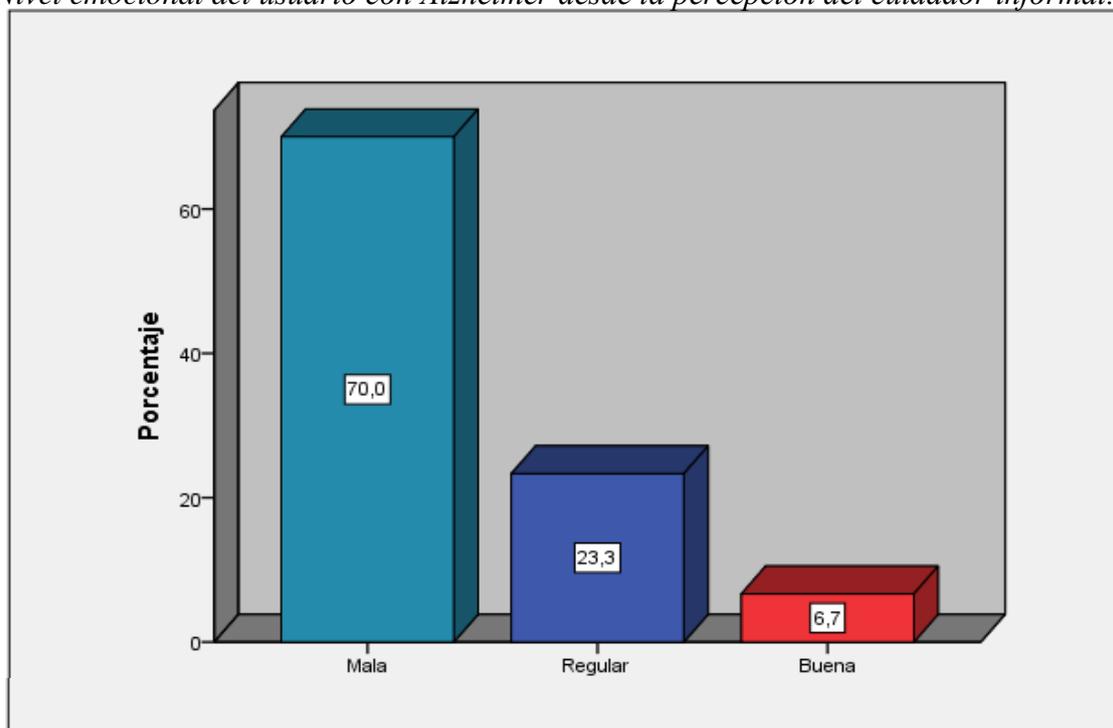
Nivel emocional del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala	21	70,0	70,0
	Regular	7	23,3	93,3
	Buena	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

Figura 2

Nivel emocional del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.



Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

Interpretación: Relacionados a la dimensión emocional donde el 70% se considera malo, seguido del 23% que es regular y el 7% es buena. Considerando que la principal problemática en este aspecto es la energía y el estado de ánimo en un nivel malo, y el autoconcepto a nivel regular.

Objetivo 3: *Analizar el nivel social del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.*

Tabla 5

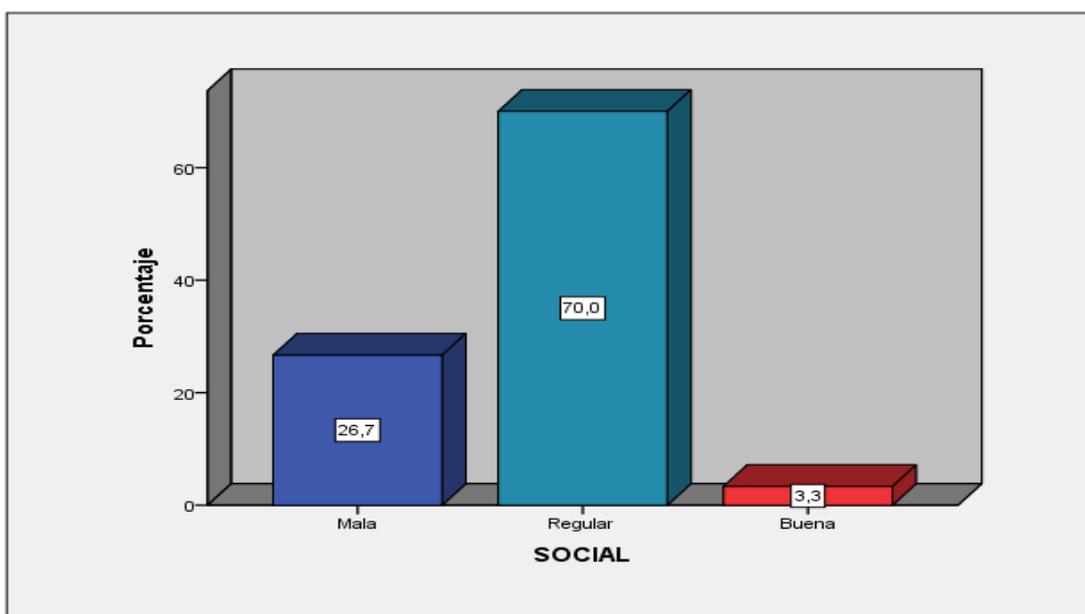
Nivel social del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Mala	8	26,7	26,7
	Regular	21	70,0	96,7
	Buena	1	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

Figura 3

Nivel social del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.



Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

Interpretación: Relacionados a la dimensión social donde el 70% considera ser regular, seguido del 27% que considera ser mala y el 3% es buena. De esta forma en las relaciones interpersonales los pacientes de Alzheimer tienen una relación regular con la familia, amigos y el matrimonio.

Objetivo 4: Caracterizar el nivel económico del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.

Tabla 6

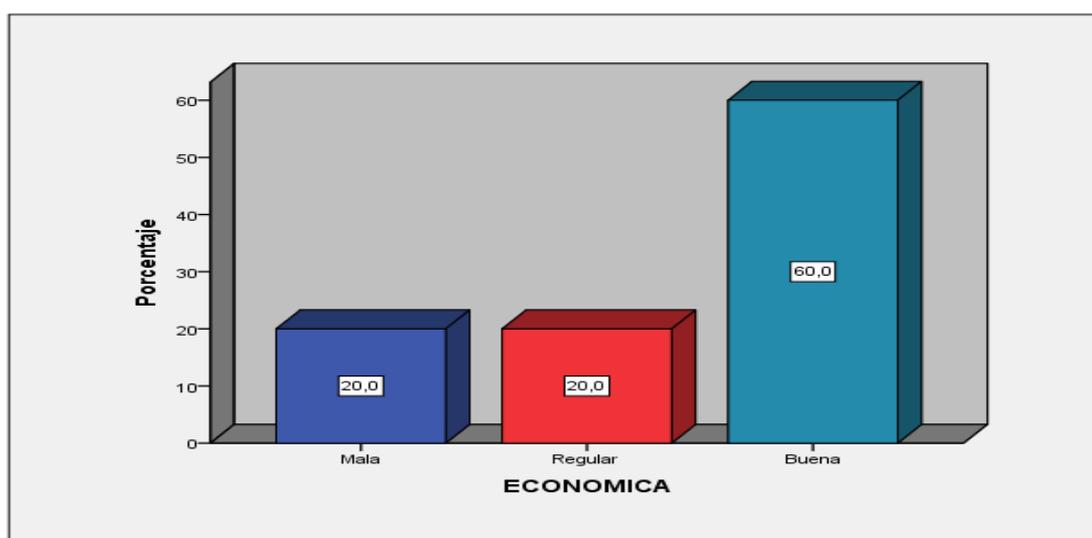
Nivel económico del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Mala	6	20,0	20,0
	Regular	6	20,0	40,0
	Buena	18	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

Figura 4

Nivel económico del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.



Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

Interpretación: Relacionados a la dimensión económica el 60% considera tener un nivel bueno, seguido del 20% que considera ser regular y el otro 20% considera ser mala. Evidenciando que en el aspecto financiero y el lugar donde vive son adecuados para el desarrollo del individuo con Alzheimer, además tienen el apoyo económico de sus familiares o cuidadores informales.

4.2.Comprobación de hipótesis

Para el análisis inferencial de comprobación de hipótesis se usó el estadístico Rho de Spearman para detectar la relación entre las variables de tipos cualitativa, siendo de tipo categóricas.

Con relación a probar la hipótesis específica se detalla a continuación.

Ho: La percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida en usuarios con Alzheimer no es considerada mala.

Ha: La percepción del cuidador informal sobre la calidad de vida en usuarios con Alzheimer es considerada regular.

Tabla 7

Nivel de calidad de vida del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala	7	18,6	18,6
	Regular	13	57,6	76,3
	Buena	10	23,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

Interpretación: El nivel de calidad de vida de los pacientes con Alzheimer se considera regular en un 58%, seguido de un 23% que considera ser buena y un 19% que se considera mala. Ello demuestra que el nivel de calidad de vida en su mayor proporción es regular; de esta forma se acepta la hipótesis alternativa.

Tabla 8*Calidad de vida del usuario con Alzheimer desde la percepción del cuidador informal.*

Aspectos	Calidad de vida				Total	Rho de Spearman	Valor de sig.
	Mala	Regular	Buena				
Económico	Mala	1	5	0	6	,632	0.000
	Regular	1	3	2	6		
	Buena	0	10	8	18		
Total		2	18	10	30		
Biológico	Mala	2	12	0	14	,610	0.000
	Regular	0	6	8	14		
	Buena	0	0	2	2		
Total		2	18	10	30		
Social	Mala	2	5	1	11	,654	0.000
	Regular	0	13	8	34		
	Buena	0	0	1	14		
Total		2	18	10	30		
Emocional	Mala	2	11	8	21	-,225	0.087
	Regular	0	5	2	7		
	Buena	0	2	0	2		
Total		2	18	10	30		

Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

Interpretación: Con relación al análisis de las dimensiones que influyen en la calidad de vida; se observa que las dimensiones relacionadas al aspecto económico, biológico y social tienen una influencia positiva y significativa considerando que el valor de sig < 0.05; siendo los aspectos de mayor relevancia para los pacientes con Alzheimer.

5. Conclusiones

Esta investigación concluye dando respuesta al primer objetivo específico con respecto a la dimensión biológica que abarca la salud física, memoria, la vida como un todo y la habilidad para realizar tareas alrededor de la casa que se considerada en un nivel malo, además de la habilidad para hacer cosas por diversión en un nivel regular. Aquello es propio de la patología neurodegenerativa, caracterizada por el deterioro en la cognición y conducta que conduce a la pérdida de memoria, desorientación, dificultad para resolver problemas y realizar actividades de la vida diaria.

Por otra parte, el segundo objetivo correspondiente a la dimensión emocional que abarca la energía y el estado de ánimo que según los resultados se encuentran en un nivel malo, además del autoconcepto en un nivel regular. Evidencia que esta patología afecta emocionalmente al presentarse cambios de humor repentinos, los cuales a su vez influyen en la calidad de vida del usuario, por ejemplo, se puede mostrar colaborador en días relativamente buenos en comparación con aquellos en donde se presenta un bajón emocional.

Con respecto al tercer objetivo sobre la dimensión social que abarca las relaciones interpersonales de los pacientes de Alzheimer, se demostró en su mayoría una relación regular con la familia, amigos y el matrimonio. Demostrando que la enfermedad puede o no afectar las relaciones interpersonales de los pacientes, más aún con los cuidadores informales.

Con relación al cuarto objetivo sobre la dimensión económica que abarca el aspecto financiero en un nivel bueno y el lugar donde vive en un nivel regular, evidenciándose que son adecuados para el desarrollo del individuo con Alzheimer, además cuentan con el apoyo económico de sus familiares o amigos, que conduce a un aspecto relevante para afrontar la enfermedad, ya sea al costear medicación o adquirir insumos necesarios para cubrir las necesidades básicas del usuario.

Por lo cual se da cumplimiento al objetivo general y se acepta la hipótesis alternativa, donde se identifica que el nivel de calidad de vida en su mayor proporción se considera regular, las dimensiones relacionadas al aspecto económico, biológico, emocional y social tienen una influencia significativa para los pacientes con Alzheimer.

6. Recomendaciones

Se recomienda a los cuidadores informales de los usuarios con Alzheimer estimular la actividad cerebral con actividades cognitivas como rompecabezas, juegos de memoria y lectura. Así como fomentar la actividad física suave y adaptada a las capacidades del mismo, como caminatas cortas y mantener una dieta equilibrada, adecuada a las necesidades nutricionales del individuo.

Por consiguiente, se debe mantener una comunicación sencilla y clara con los que sufren de Alzheimer. Usando un tono amable y evitar hablar de forma brusca o agresiva. Escuchando con atención y mostrando interés por lo que dicen, aunque sus palabras puedan ser confusas, para lo cual se debe ser paciente; además de estimular la interacción social con amigos y familiares. Las relaciones afectivas pueden proporcionar apoyo emocional y mantener el contacto con la realidad.

Finalmente, se debe fomentar la participación en decisiones sencillas que permita al usuario realizar tareas que puedan manejar de manera segura. Esto puede aumentar su autoestima y mantener un sentido de control, además de ayudarlo a mantener su independencia tanto como sea posible en tareas del cuidado personal como: vestirse, asearse y comer. Utilizar instrucciones sencillas y brindar asistencia respetando su dignidad e integridad.

7. Referencias Bibliográficas

- Alonso, D. (2021). *Percepción*.
<https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/19771/percepcion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alzheimer's Association. (2022). *¿Qué es el Alzheimer?* <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer>
- BBC News Mundo. (2022, January 17). *Los países de América Latina en los que más aumentarán los casos de demencia en las próximas décadas*.
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-59917913>
- Botero De Mejía, B., & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12, 11–24. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Cabañés, C. (2016). *Estudio de la efectividad de intervenciones no farmacológicas en la reducción de la ansiedad y depresión y la mejora del estado de ánimo en pacientes con enfermedad de alzheimer grado leve* [Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=285489>
- Cañas, M. (2016). *Disfunción ejecutiva en pacientes con Demencia tipo Alzheimer. Relación con los trastornos neuroconductuales y las capacidades funcionales* [Universidad de Salamanca]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=155527>
- Cañas, M. (2020). *Sinopsis del Alzheimer: Vol. Primera Edición*. Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). <https://doi.org/https://doi.org/10.37135/u.editorial.05.15>
- Cañas, M., Perea, M., Ladera, V., García, R., & Pérez, E. (2018). Calidad de vida en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *INNOVA Research Journal*, 3(2), 14–21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6779740>
- CONCA ORGANICS. (2021, January 22). *¿Qué es la Calidad de Vida?*
<https://www.concaorganics.bio/calidad-de-vida/>
- Edición Médica. (2021, September 22). *En Ecuador hay 100.000 personas con demencia, el 60% tiene Alzheimer*. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/en-ecuador-hay-100-000-personas-con-demencia-el-60-tiene-alzheimer-98098>
- Freré, J., Véliz, J., Sarco, E., & Campoverde, K. (2022). La percepción, la cognición y la interactividad. *RECIMUNDO*, 6(2), 151–159. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.151-159](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.151-159)
- Galarza, J. (2017). *Calidad de vida de la enfermedad de Alzheimer estudio a realizar en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016* [Carrera de Medicina].

Universidad de Guayaquil.

- Galindo, E. (2016). *Neurobiología de la percepción visual*. Universidad del Rosario. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12804/tm9789587387483>
- Gamadiel, N., & Gilaberte, B. (2021). El Alzheimer. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-alzheimer/>
- Gobierno de México. (2021, August 27). *Calidad de vida para un envejecimiento saludable*. Instituto Nacional de Las Personas Adultas Mayores. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20OMS,%2C%20expectativas%2C%20est%C3%A1ndares%20y%20preocupaciones>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta Edición). McGRAW-HILL.
- Hinojosa, W., & Narváez, M. (2017). “*Momentos que Perduran, Recuerda al Alzheimer*” *Campaña de concientización e información acerca del Alzheimer* [Universidad San Francisco de Quito (USFQ)]. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6531/1/131584.pdf>
- Junta de Beneficiencia. (2020, September 21). *El Alzheimer una enfermedad que no debe quedar en el olvido*. <https://www.juntadebeneficiencia.org.ec/prensa/boletines-de-prensa/3634-el-alzheimer-una-enfermedad-que-no-debe-quedar-en-el-olvido#:~:text=En%20Ecuador%20las%20cifras%20tambi%C3%A9n,a%20cabo%20sus%20actividades%20diarias>.
- Klaassen, G., Werlinger, E., Contreras, L., González, A., Vera, A., Juica, S., & Fuentealba, M. (2021). Calidad de Vida en Demencia Alzheimer: un nuevo desafío. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 59(4), 361–367. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000400361
- León, B., & Martínez, P. (2010). Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia: II. Instrumentos específicos. *Viguera Editores SL*, 2(2), 69–81. https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0202/0202_0069_0081.pdf
- LEXIS. (2011, July 13). *Constitución de la República del Ecuador 2008*. Decreto Legislativo 0. https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- LEXIS. (2020). *Reglamento General Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores*. Decreto Ejecutivo 1087. http://www.regulacionagua.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/reglamento_lopam0382842001601663401.pdf

- Logsdon, R., Gibbons, LE., McCurry, SM., & Terry, L. (1996). *Quality of Life in Alzheimer's Disease*. <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/quality-of-life-in-alzheimer-s-disease>
- Marriner, A., & Raile, M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. ELSEVIER.
- Mejía, J., Mero, L., Apolinario, J., & Guillen, M. (2021). Relación entre alteraciones cognitivas y depresión en pacientes con alzhéimer en Ecuador. *Revista Científica INSPILIP*, 5(2), 1–9. <https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/38>
- Mullo, E. (2018). *El Alzheimer en el adulto mayor y el cuidado intrafamiliar en el Hospital del Instituto del Seguro Social del cantón Latacunga* [Carrera de Trabajo Social, Universidad Técnica de Ambato]. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28562/1/FJCS-TS-272.pdf>
- Muñoz, M. (2020). *Epidemiología cultural de la enfermedad de Alzheimer en Perú y España* [Departamento de Psicología Social y Antropología]. Universidad de Salamanca.
- Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- OPS. (2022). *Demencia*. Organización Panamericana de La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/demencia>
- Ramírez, J., Saldarriaga M., & Sánchez, V. (2019). *Características de cuidadores informales* [Centro de Estudios en Salud (CES)]. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4525/1037668991_2019.pdf?sequence=6&isAllowed=y#:~:text=El%20cuidador%20informal%2C%20es%20aquella,mantenga%20en%20su%20entorno%20social
- Razo, A., Díaz, R., & López, M. (2018). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Revista CONAMED*, 23(2), 58–65. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80117>
- Ribot, V., González, A., & Chang, N. (2018). Calidad de vida en personas mayores de 60 años con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, del policlínico “Puentes Grandes”, Cuba. *Horizonte de Enfermería*, 29(3), 180–191. https://doi.org/10.7764/horiz_enferm.29.3.180-191
- Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E., & Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*, 11(3), 120–125. <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

- Sanguinetti, J. (2017). *Percepción*. Diccionario Interdisciplinar Austral. <http://dia.austral.edu.ar/Percepci%C3%B3n#toc>
- TASE. (2021). *Sobre Nosotros*. <https://www.fundaciontase.org/quienes-somos>
- Terrado, S., Serrano, C., Galano, Z., & Betancourt, A. (2017). Enfermedad de Alzheimer, algunos factores de riesgo modificables. *Revista Información Científica*, 96(5), 967–977. <https://www.redalyc.org/journal/5517/551764111019/>
- Toro, M., Parra, D., Pacheco, N., & Alvarado, A. (2022). Enfermedad de Alzheimer. *Revista Científica Mundo de La Investigación y El Conocimiento*, 6(4), 68–76. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.68-76](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.68-76)

8. Anexos

Anexo 1. Aprobación del tema en el barrio donde se realizará la investigación



**FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y DE LA SALUD**
CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio No.473- CE-UPSE-2023

Colonche, 11 de septiembre de 2023

Sr.
Jonathan Isaac Moreira Montoya
**PRESIDENTE ENCARGADO DEL
BARRIO SIMÓN BOLIVAR**

En su despacho. –

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería, como consta en el siguiente detalle:

No.	TEMA	ESTUDIANTE	TUTOR
1	PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR INFORMAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS CON ALZHEIMER, BARRIO SIMÓN BOLÍVAR. LA LIBERTAD, 2023	PERALTA CADA NICOLE ELIZABETH	Lic. Isoled Del Valle Herrera Pineda, PhD

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondientes a la Srta PERALTA CADA NICOLE ELIZABETH, con la finalidad que proceda al levantamiento de información dentro del barrio a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Particular que comunico, para los fines pertinentes

Atentamente,



LIC. NANCY DELFINO BALLESTEROS, M.Sc.
DIRECTORA DE COORONA

C.C ARCHIVO
NDI/PO

Anexo 3. Instrumento aplicado

1. En primer lugar, ¿cómo se siente con respecto a su salud física? ¿Diría usted que es pobre, regular, bueno o excelente? Encierre en un círculo la palabra que crea que mejor describe su salud física en este momento.
2. ¿Cómo te sientes acerca de tu nivel de energía? ¿Crees que es pobre, regular, bueno o excelente? Si el participante dice que algunos días son mejores que otros, pídale que califique cómo se ha sentido últimamente la mayor parte del tiempo.
3. ¿Cómo ha estado tu estado de ánimo últimamente? ¿Tu estado de ánimo ha sido bueno o te has sentido ¿abajo? ¿Calificaría su estado de ánimo como malo, regular, bueno o excelente?
4. ¿Qué hay de su situación de vida? ¿Cómo te sientes acerca del lugar donde vives ahora? ¿Lo harías? decir que es pobre, regular, bueno o excelente?
5. ¿Qué tal tu memoria? ¿Diría usted que es pobre, regular, bueno o excelente?
6. ¿Qué hay de su familia y su relación con los miembros de la familia? ¿Lo describiría como pobre, regular, bueno o excelente? Si el encuestado dice que no tiene familia, pregunte acerca de hermanos, hermanas, hijos, sobrinas, sobrinos.
7. ¿Cómo te sientes acerca de tu matrimonio? ¿Cómo es su relación con (nombre del cónyuge). ¿Crees que es pobre, regular, bueno o excelente? Algunos participantes serán solteros, viudos o divorciados. Cuando este sea el caso, pregunte cómo se sienten acerca de la persona con la que tienen una relación más cercana, ya sea un familiar o un amigo. Si hay un cuidador familiar, pregunte sobre su relación con esta persona. Si no hay nadie apropiado, o el participante no está seguro, marque el
8. ¿Cómo describirías tu relación actual con tus amigos? ¿Diría usted que es pobre, regular, bueno o excelente? Si el encuestado responde que no tiene amigos o que todos sus amigos han muerto, indague más. ¿Tienes a alguien con quien te gusta estar además de tu familia? ¿Llamarías amigo a esa persona? Si el encuestado todavía dice que no tiene amigos, pregúntele cómo se siente acerca de no tener amigos: ¿pobre, regular, bueno o excelente?
9. ¿Cómo te sientes contigo mismo? Cuando piensas en ti mismo y en todas las cosas diferentes sobre ti, ¿dirías que es pobre, regular, bueno o excelente?
10. ¿Cómo te sientes acerca de tu capacidad para hacer cosas como las tareas del hogar u otras cosas ¿necesitas hacer? ¿Diría usted que es pobre, regular, bueno o excelente?
11. ¿Qué hay de tu habilidad para hacer cosas por diversión, que disfrutas? ¿Dirías que es pobre, justo, bueno, o excelente?
12. ¿Cómo te sientes acerca de tu situación actual con el dinero, tu situación financiera? Tú siente que es pobre, regular, bueno o excelente? Si el encuestado duda, explíquele que no quiere saber cuál es su situación (como la cantidad de dinero), sino qué piensa al respecto.
13. ¿Cómo describirías tu vida como un todo? Cuando piensas en tu vida como un todo, todo junto, ¿cómo te sientes acerca de tu vida? ¿Diría usted que es pobre, regular, bueno o excelente?

UWMC/ADPR/CdV Envejecimiento y demencia: calidad de vida en la EA Calidad de Vida:AD (Versión familiar)					Puntaje (para del clínico <small>Usar únicamente)</small>
<small>Número de identificación</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<small>Número de evaluación</small> <input type="text"/> <input type="text"/>	<small>Fecha de la entrevista</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes día año			
<small>Instrucciones: Califique la situación actual de su familiar, tal como usted la ve. Encierre en un círculo sus respuestas.</small>					
1. Salud física	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
2. Energía	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
3. Estado de ánimo	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
4. Situación de vida	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
5. Memoria	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
6. Familia	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
7. Matrimonio	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
8. Amigos	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
9. Yo como un todo	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
10. Habilidad para hacer tareas alrededor la casa	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
11. Habilidad para hacer cosas por diversión.	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
12. Dinero	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
13. La vida como un todo	Pobre	Justo	Bien	Excelente	
Comentarios: <hr/> <hr/>					Total

(Logsdon et al., 1996)

Anexo 4. Tablas estadísticas

En la tabla 9 el 63% de los usuarios son de sexo femenino y el 37% son de sexo masculino.

Tabla 9

Sexo del usuario con Alzheimer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Masculino	11	36,7	36,7
Válidos	Femenino	19	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

En la tabla 10 con respecto a la edad de los usuarios el 30% concentra su edad en 69 años, seguido del 20% que se encuentra en la edad de 65 y 70 años y el 17% se encuentra en la edad de 68 años.

Tabla 10

Edad del usuario con Alzheimer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	65	6	20,0	20,0
	66	1	3,3	23,3
	67	3	10,0	33,3
Válidos	68	5	16,7	50,0
	69	9	30,0	80,0
	70	6	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido del procesamiento de los encuestados en SPSS V.22 Elaborado por Nicole, Peralta Cada

En la tabla 11 se observa que el 50% de los encuestados señala que la salud física es mala, seguido del 43% que es regular y el 7% que se encuentra buena.

Tabla 11
Salud Física

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	15	50,0	50,0	50,0
	Regular	13	43,3	43,3	93,3
	Bueno	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 12 se observa que el 43% de los encuestados señala que la energía es mala, seguido del 33% que considera que la energía es buena y el 23% considera que es regular.

Tabla 12
Energía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	13	43,3	43,3	43,3
	Regular	7	23,3	23,3	66,7
	Bueno	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 13 se observa que el 70% de los encuestados señala que el estado de ánimo es malo, seguido del 23% que es regular y el 7% es bueno.

Tabla 13
Estado de Animo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Malo	21	70,0	70,0
	Regular	7	23,3	93,3
	Bueno	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 14 se observa que el 73% de los encuestados señala que la situación de vida es regular, seguido del 20% que es malo y el 7% es bueno.

Tabla 14
Situación de vida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Malo	6	20,0	20,0
	Regular	22	73,3	93,3
	Bueno	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 15 se observa que el 77% de los encuestados señala que la memoria es mala seguido del 17% que es regular y el 7% es buena.

Tabla 15
Memoria

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Malo	23	76,7	76,7
	Regular	5	16,7	93,3
	Bueno	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 16 se observa que el 47% de los encuestados señala que la relación con la familia es regular, seguido del 33% que es buena y el 20% es mala.

Tabla 16
Familia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Malo	6	20,0	20,0
	Regular	14	46,7	66,7
	Bueno	10	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 17 se observa que el 40% de los encuestados consideran que la relación matrimonial es regular, seguido del 30% que es malo y el 30% restante es bueno.

Tabla 17
Matrimonio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	9	30,0	30,0
	Regular	12	40,0	70,0
	Bueno	9	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 18 se observa que el 40% considera tener una relación buena con los amigos, seguida del 37% con regular y el 23% es mala.

Tabla 18
Amigos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	7	23,3	23,3
	Regular	11	36,7	60,0
	Bueno	12	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 19 se observa que el 40% considera regular la vida como un todo, seguido del 37% que la considera buena y el 23% mala.

Tabla 19

Yo como un todo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	7	23,3	23,3
	Regular	12	40,0	63,3
	Bueno	11	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 20 se observa que el 70% considera a la habilidad para hacer tareas alrededor de la casa como mala, seguido del 20% con regular y el 10% como bueno.

Tabla 20

Habilidad para hacer tareas alrededor de la casa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	21	70,0	70,0
	Regular	6	20,0	90,0
	Bueno	3	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 21 se observa que el 50% considera que la habilidad para hacer cosas por diversión es regular, seguido del 43% con malo y el 7% con bueno.

Tabla 21
Habilidad para hacer cosas por diversión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	13	43,3	43,3
	Regular	15	50,0	93,3
	Bueno	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 22 se observa que el 60% de los encuestados consideran su situación financiera como buena, seguido del 20% que es regular y el otro 20% es malo.

Tabla 22
Dinero

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	6	20,0	20,0
	Regular	6	20,0	40,0
	Bueno	18	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

En la tabla 23 se observa que el 50% de los encuestados consideran mala la vida como un todo, seguido del 33% con buena y el 17% con regular.

Tabla 23

La vida como un todo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	15	50,0	50,0	50,0
	Regular	5	16,7	16,7	66,7
	Bueno	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de las encuestas aplicadas a los pacientes bajo estudio

Anexo 5. Evidencias fotográficas



Imagen 1: Socialización del consentimiento informado



Imagen 2: Aplicación del instrumento QOL-AD (Calidad de vida en personas con Alzheimer)

Anexo 6. Reporte del sistema antiplagio COMPILATIO.



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 12 de Septiembre del 2023.

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

(Formato No. BIB-009)

005-TUTOR (IHP)-2023

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado Percepción del Cuidador Informal sobre la Calidad de Vida en Usuarios con Alzheimer, Barrio Simón Bolívar La Libertad, 2023, elaborado por la estudiante Peralta Cada Nicole Elizabeth egresada de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio Compilatio, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto ejecutado, se encuentra con 1 % de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



Escaneado digitalmente con:
ISOLED DEL VALLE
HERRERA PINEDA

Herrera Pineda Isoled.

Apellidos y Nombres

C.I.: 0962064192

DOCENTE TUTOR

