

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Calidad de vida de adultos mayores en distintos
contextos/institucionalizados y no institucionalizados

Alumna: María Paula Fortunati Casares

Tutora: Juliana Stover

1.	Introducción	3
2.	Objetivos	4
2.1	Objetivo general	4
2.2	Objetivos específicos.....	4
3.	Hipótesis	4
4.	Marco teórico	4
4.1	Historización sobre el rol del adulto mayor	4
4.2	Envejecimiento.....	7
4.2.1	Envejecimiento activo	10
4.3	Institucionalización	11
4.4	Calidad de vida.....	14
4.5	Investigaciones previas.....	17
5.	Metodología	18
5.1	Tipo de estudio.....	18
5.2	Muestra	18
5.3	Instrumentos.....	21
5.4	Procedimiento	23
5.5	Resultados	23
5.5.1	Objetivo 1.Comparar la percepción de la salud física y psicológica entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.	23
5.5.2	Objetivo 2. Comparar las percepciones de las relaciones sociales y del ambiente entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.	24
5.5.3	Objetivo 3. Comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según creencias religiosas o espirituales	25
5.5.4	Objetivo 4. Comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según sexo.....	26
5.5.5	Objetivo 5. Comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según edad	28
6.	Conclusiones	30
7.	Referencia	37
8.	Anexo.....	41
8.1	WHOQOL-BREF.....	41
8.2	Datos sociodemográficos.....	44

1. Introducción

El siguiente estudio se realizó en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional V en un hogar para adultos mayores orientado a una comunidad religiosa. La institución se encuentra en el barrio de Chacarita brindando hogar, atención y rehabilitación, enfocándose tanto en el aspecto físico, como cognitivo y vincular. En el hogar conviven aproximadamente 300 residentes con distintos niveles de funcionalidad, independencia y nivel cognitivo, a su vez cuenta con alrededor de 450 profesionales de distintos ámbitos (kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, médicos de distintas especialidades, psicólogo, psiquiatra, musicoterapeutas) generando un amplio trabajo interdisciplinario. A su vez se le ofrece a los residentes una amplia gama de actividades que pueden realizar desde clases de idiomas, de computación, de danza terapia, musicoterapia, mosaiquismo y pintura rusa, hasta talleres de estimulación tanto cognitiva como motora. La misión del hogar es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, fomentando el mantenimiento de sus capacidades, de su autonomía y de su independencia a la vez que se promueve las relaciones interpersonales, el vínculo con la familia y con la comunidad.

La concurrencia al hogar permitió no solo la observación de estas dinámicas y talleres sino también la participación activa en varios de dichos talleres. Durante el desarrollo de esta práctica resultó de interés indagar acerca de la calidad de vida de los adultos mayores teniendo en cuenta su salud física, psicológica, sus relaciones interpersonales y el ambiente donde están inmersos por lo cual se planteó investigar si existen diferencias en la calidad de vida de los adultos mayores que se encontrasen institucionalizados y no institucionalizados.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Comparar la calidad de vida entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según creencias religiosas o espirituales, sexo y edad.

2.2 Objetivos específicos

1. Comparar la percepción de la salud física y psicológica entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados
2. Comparar las percepciones de las relaciones sociales y del ambiente entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados
3. Comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según creencias religiosas o espirituales
4. Comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según sexo
5. Comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según edad

3. Hipótesis

1. El nivel de percepción de salud física y psicológica será mejor en los adultos mayores no institucionalizados que en los adultos mayores institucionalizados.
2. El nivel de percepción de las relaciones sociales y del ambiente será mejor en los adultos mayores no institucionalizados que en los adultos mayores institucionalizados.
3. Los adultos mayores que posean creencias religiosas poseerán una mejor percepción de su calidad de vida tanto los institucionalizados como los no institucionalizados.
4. Las mujeres presentaran una mejor percepción de su calidad de vida que los hombres tanto institucionalizados como no institucionalizados.
5. El nivel de percepción de calidad de vida está asociado negativamente a la edad tanto en adultos mayores institucionalizados como no institucionalizados.

4. Marco teórico

4.1 Historización sobre el rol del adulto mayor

A lo largo de la historia se encontraron diversos cambios acerca del rol del adulto mayor y por lo tanto su valor dentro de la sociedad. Remontándose a la prehistoria se observa que la longevidad era un valor muypreciado ya que los conectaba con sus antepasados, era signo de sabiduría por lo que solía cumplir roles como

educador, curandero y consejero (Trejo Maturana, 2001). Este valor también puede comprenderse debido a que los conocimientos y experiencias que los adultos mayores fueron acumulando a lo largo de los años sólo eran transmitidos de modo oral de generación en generación. A su vez, debe destacarse que debido a que las nuevas generaciones vivían prácticamente en las mismas condiciones de vida que las anteriores, éstos conocimientos continuaban siendo útiles (Krassoievitch, 1998).

En Grecia la veneración a la belleza y la juventud dejó a la vejez en un lugar despreciado siendo mofa en las representaciones de la comedia, en cambio en Esparta y Atenas la vejez era tomada como signo de sabiduría por lo que tenían conformado un senado con personas mayores de 60 años los cuales eran consultados para la toma de decisiones; posteriormente en Atenas perderían su poder. En el mundo hebreo también existió un consejo de ancianos aunque su valor le era atribuido a una decisión divina por lo cual poseían un lugar privilegiado en la sociedad. En Roma se hacía una distinción entre los ancianos sean estos hombres o mujeres. Debido a que era una sociedad machista las mujeres tendían a ser excluidas, en tanto al hombre en un comienzo se le dio mucho poder. Con el tiempo el hombre pierde la credibilidad y en consecuencia el poder familiar y político, aunque el desprecio fue hacia ciertos individuos y no hacia el periodo de vida en sí. En la Edad Media la valoración de la fuerza vuelve a poner a los adultos mayores en un lugar de desventaja, no obstante, en el siglo XV la cantidad de muertes a causa de la peste negra y la viruela llevó a una reagrupación de la familia extendida y por lo tanto nuevamente a la valoración de la vejez y los valores que ésta transmitía. Durante el Renacimiento se retomó un pensamiento similar al de la Antigua Grecia reviviendo los valores de la juventud y la belleza lo cual desencadenó nuevamente en la discriminación de la vejez ya que se la veía asociada a la fealdad, decrepitud y decadencia. Con la llegada de la era moderna y la aparición del poder representativo y reglado surgió la jubilación como derecho a modo de recompensa por los años de trabajo, creándose los sistemas de seguro social y comenzaron los estudios acerca de expectativa de vida (Trejo Maturana, 2001).

En siglo XX, los años 30' se caracterizaron por la convivencia de varias generaciones dentro de un mismo hogar, denominada familia extendida o extensa la cual consta de tres o más generaciones. Durante esta época se considera al anciano como consejero patriarcal cumpliendo una función educadora y de transmisión de valores, cultura y experiencia debido a lo cual resulta muy importante el respeto a los mayores. Lo mismo se puede vislumbrar en los años 40' y 50' aunque en esta época

también comienza a aparecer en ciertos sectores la institucionalización de los adultos mayores. Desde los años 60' y aproximadamente hasta los años 90' se distingue un cambio en la conformación de la familia y por lo tanto en el rol del anciano. Se transforma la convivencia de la familia extensa para pasar a la familia nuclear por lo que el anciano pierde valor y poder dentro de ella pasando a ocupar el rol de abuelo (Oddone, 1998).

Aunque cabe destacar que aun hoy en algunas zonas, sobretodo rurales, se mantiene la familia extendida como forma predominante. En ésta suele darse un intercambio entre las diferentes generaciones, los adultos mayores brindan experiencia y conocimiento a cambio de que las nuevas generaciones les den atención y apoyo (Krassoievitch, 1998).

Al mismo tiempo que cambia la organización familiar, también cambia el rol del adulto mayor. A partir de la creación de instituciones como escuelas o jardines de infantes el adulto pierde su rol de educador. Este cambio en las relaciones familiares generó a su vez la creación de residencias geriátricas para resguardar a los adultos mayores que quedaron desamparados (Krassoievitch, 1998).

Otro factor que influyó en estos cambios y en el rol del adulto mayor fueron los avances tanto tecnológicos como sociales, éstos generaron un quiebre entre las nuevas y antiguas generaciones. Antes los cambios se daban de modo lento y predecible y sus repercusiones se manifestaban en el ámbito más cercano; en cambio las nuevas generaciones se encuentran en un mundo de cambios rápidos, inesperados y de repercusión global. Esto genera que los conocimientos y las soluciones a los problemas que pueden dar los adultos mayores, muchas veces, no sean aplicables a las situaciones actuales, a su vez la facilidad de acceso a la información también generó una ausencia en la necesidad de recurrir al adulto mayor obligándolo a adaptarse a situaciones que muchas veces implican otros valores y modos de actuar (Krassoievitch, 1998; Limón & Ortega, 2011).

Hacia 1982, debido a la Asamblea Mundial de Envejecimiento, se genera un nuevo quiebre frente al rol y el valor de los ancianos estos no son vistos ya como sujetos pacíficos y necesitados sino como sujetos de derecho cambiando a su vez la imagen que se transmite de ellos a las generaciones futuras, mostrándolos activos y favoreciendo su integración a la sociedad (Oddone, 1998). Esto es reforzado durante la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (2003) en 2002, fomentando nuevas políticas que apuntan al incremento no solo de la salud sino también al desarrollo, bienestar e

integración de los adultos mayores tanto en la sociedad como en las instituciones donde pueden residir, lo que desarrollaremos más adelante.

4.2 Envejecimiento

Desde 1950 la esperanza de vida ha aumentado en todo el mundo alrededor de 20 años. El envejecimiento de la población mundial constituye un gran desafío ya que la proporción de personas de más de 60 años aumenta de modo extraordinario por lo que las estimaciones para el año 2050 prevén que el número de personas mayores aumentará de 600 millones a 2000 millones. Debido a estos cambios debieron plantearse a nivel mundial nuevas estrategias a fin de poder brindar los derechos y garantías que esta etapa requiere (Aizen et al., 2004). Nuestro país no ha sido ajeno a dichos cambios en 1950 el porcentaje de adultos mayores representaba el 7% de la población aumentando en el 2000 al 13.3% y en el 2010 al 14.2% (Aizen et al., 2004; Alfaro & Adriana, 2010; Andrés, 2013).

Se debe distinguir entre el concepto de envejecimiento el cual hace alusión a un proceso y el de vejez el cual se considera un estado (de Cañete, 2000).

En 1982 la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fijó la edad de 60 años para marcar el inicio de la vejez, sin embargo pareciera más adecuado tomar el envejecimiento como un proceso debido a que la manera en que cada uno atraviesa dicha etapa está determinada por múltiples factores (Krassoievitch, 1998). Este proceso forma parte del ciclo vital y debe ser considerado como parte natural del ser humano, aunque sus características y desarrollo se ven influidas por diversos factores tanto biológicos, físicos, psicológicos, sociales y culturales que influyen en el proceso de un mejor o peor envejecimiento (Aizen et al., 2004; Alvarado García, Maya & María, 2014; Rodríguez Daza, 2011). En el proceso de envejecimiento los factores psicológicos, biológicos y sociales, deben ser tomados como un todo en interacción generando esto el envejecimiento individual (Salvarezza, 2002).

Respecto al envejecimiento se plantean diferentes teorías. La primera es la teoría del desapego. Ésta sostiene que a medida que el ser humano envejece se va produciendo una reducción del interés vital hacia las actividades y objetos que lo rodean, produciendo modificaciones en las interacciones sociales: Limitación de la cantidad de objetos con los que se contacta, menor interacción con los mismos y mayor concentración en sí mismo. Se considera que el apartamiento o desapego es un proceso universal común a todas las culturas y tiempos históricos, que se apoya en la inevitable

declinación de las funciones psíquicas y físicas, quitando importancia a los factores sociales (Griffa & Moreno, 2011; Krassoievitch, 1998; Salvarezza, 2002).

En contra de esta teoría del desapego surge la teoría de la actividad que sostiene que cuanto más activos se mantienen los adultos mayores más altas son sus posibilidades de un envejecimiento exitoso. Esta teoría toma al desapego como una expresión patológica de la vejez, sosteniendo que los adultos mayores deben permanecer activos durante el mayor tiempo posible, sosteniendo que cuando ya no les es posible mantener sus actividades éstas deben ser sustituidas por otras (Griffa & Moreno, 2011; Krassoievitch, 1998; Salvarezza, 2002).

Durante el proceso de envejecimiento algunos roles suelen perderse, abandonarse o modificarse (Oddone, 1998). Estos cambios producen en el adulto mayor una reestructuración de su vida cotidiana y la mayoría de las veces implica la necesidad de reencontrarse. La viudez y la jubilación son algunos de los hechos que plantean la necesidad de rearmar estrategias y rearmarse para adoptar nuevos roles a fin de formar parte activa de la sociedad (Aizen et al., 2004). Al hablar de jubilación se debe considerar la pérdida de vínculos y por ende la disminución de las relaciones del adulto mayor (Krassoievitch, 1998). Este cese de una actividad remunerada y valorada también influye en su situación socioeconómica, sobre todo teniendo en cuenta que muchas veces este retiro se da de manera forzosa y con la ausencia de otro proyecto vital (Aizen et al., 2004). El retiro implica también la adopción de un nuevo rol que influye tanto en la esfera social como en la vida cotidiana del adulto mayor (Alfaro & Adriana, 2010). Es importante que se tome esta etapa como un nuevo comienzo (Limón & Ortega).

Algunos factores que colaboran con el desarrollo pleno del adulto mayor son la posibilidad de aprovechar su tiempo libre, poseer un proyecto de vida tanto en lo personal como en lo social, el mantenimiento de vínculos y relaciones con la sociedad (de Cañete, 2000). También se debe destacar la importancia del apoyo y redes de apoyo social, en los adultos mayores se debe intervenir en intentar mantener las redes existentes y en la creación de nuevas redes, debido a la importancia de la pertenencia grupal y comunitaria ya que se ha demostrado el efecto beneficioso de éstas sobre la calidad de vida (Marín Sánchez & García González, 2004).

Se debe relacionar la teoría de la actividad con los roles que desempeñan los adultos mayores ya que toda actividad se desarrolla desde un rol determinado. Como se nombró previamente, los roles deben ser sustituidos para mantener un concepto positivo

sobre sí mismo, ya que el desempeño en las actividades que se elijan puede contribuir con la reconstrucción de la imagen y la autopercepción del adulto mayor. Aunque se debe considerar que la importancia no está en la actividad en sí sino en el sentido que el adulto mayor le atribuya o le dé a la actividad, por ende no importa la cantidad de actividades que realice sino el sentido que se le dé a la actividad (Oddone, 2013). Se debe tener cuidado con que la aceptación del distanciamiento muchas veces se debe a que el adulto mayor lo ve como una imposición por parte de la sociedad (Krassoievitch, 1998). Es importante distinguir lo que se considera envejecimiento en sí y lo que pertenece a las enfermedades que afectan a los adultos mayores (de Cañete, 2000). Por lo tanto debe atribuirse el aislamiento a la falta de salud o a alguna discapacidad, aunque de no poder participar en determinadas actividades éstas deben ser sustituidas por otras a fin de mantenerse activo (Oddone, 2013). El ser competente y poder realizar las actividades que se proponen es uno de los factores protectores más importantes, junto con la autonomía, el poder elegir libremente y poder realizar actividades que influyan en el buen desarrollo del adulto mayor (Alfaro & Adriana, 2010).

Otro factor que influye en el envejecimiento es el viejismo el cual puede definirse como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los adultos mayores en función de su edad. Este es uno de los motivos por los cuales los médicos, profesionales y pacientes consideran como normal el deterioro, la falta de proyectos, el aislamiento y la inactividad. Estos prejuicios suelen racionalizarse y estar encubiertos (Krassoievitch, 1998; Salvarezza, 2002).

Diversos modelos de envejecimiento se plantearon a lo largo de los años. Por un lado, el envejecimiento exitoso refiere a la capacidad de mantener un bajo riesgo de enfermar, un alto nivel de actividad física y mental, sostenimiento de relaciones sociales y la participación en actividades significativas. Otro aspecto es el envejecimiento saludable, el cual se basa en la adopción temprana de hábitos y estilos de vida saludables. Por último, el envejecimiento activo tiene por finalidad mejorar la calidad de vida de los adultos mayores basándose en los pilares de salud, participación y seguridad, en cuanto al término activo no sólo se refiere al mantenerse activo físicamente sino a la participación activa en todas las esferas tanto sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas (Alvarado García et al., 2014).

4.2.1 Envejecimiento activo

A fines del siglo XX la Organización Mundial de la Salud planteó el envejecimiento activo sustituyendo la concepción de adulto mayor como sujeto pasivo y con necesidades para pasar a ser un sujeto de derecho que defiende su autonomía, la toma de decisiones y preferencias propias (Aizen et al., 2004; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002).

El envejecimiento activo se define como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida (OMS, 2002). Este se basa en el reconocimiento de los derechos del adulto mayor y en los principios de participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos planteados por las Naciones Unidas. Sustituyendo una concepción basada en las necesidades, adulto mayor como sujeto pasivo, en uno basado en los derechos considerando al adulto mayor como sujeto de derecho (Aizen et al., 2004).

Algunos antecedentes que se deben tomar en cuenta para comprender la concepción que se tiene hoy en día del envejecimiento y de los adultos mayores son: 1) El concepto de salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de enfermedad (Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 2003); 2) La carta de Ottawa que define la promoción de la salud como el proceso que permite a los sujetos aumentar el poder que ellos tienen sobre su estado de salud y su capacidad de mejorarlo (Aizen et al., 2004); 3) La Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que mediante el Plan Viena pretende fomentar en la sociedad la valoración del adulto mayor y del envejecimiento tomando éste como un logro; 4) La Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en la cual los gobiernos participantes se comprometen a generar planes e intervenciones a fin de responder a los desafíos que plantea el envejecimiento brindando principal importancia a tres áreas: Los adultos mayores y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar y la creación de un entorno favorable; 5) Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento con el fin de evaluar la situación de los adultos mayores e indagar sobre acciones que la mejoren; 6) Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento la cual se basó en tres pilares: La evaluación de los derechos de los adultos mayores, la inserción y reforzamiento de servicios sociales destinados a los adultos mayores y la atención en la salud y los derechos humanos; 7) Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento la cual tuvo por objetivo evaluar los logros en la realización de los acuerdos adoptados por los gobiernos participantes y reevaluar

los pasos a seguir en los próximos años respecto a los desafíos que se presentan en relación al envejecimiento y los adultos mayores (Gómez, 2016).

La Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que tuvo sede en Madrid 2002 emitió un plan de acción con recomendaciones para los gobiernos participantes. El objetivo de este plan fue garantizar que la población pueda envejecer en un ambiente que les provea seguridad y participación tanto en actividades sociales, económicas, culturales, entre otras, lo que contribuiría a aumentar y mantener el bienestar, a su vez también plantean que las personas de edad deben recibir un trato justo y digno independientemente de sus discapacidades u otras circunstancias. Su principal objetivo reside en garantizar que toda la población pueda envejecer con seguridad y dignidad, participando en la sociedad como sujeto de derechos, para esto se considera de vital importancia que el adulto mayor pueda participar en actividades sociales, económicas, culturales, recreativas y de voluntariado a fin de aumentar y mantener su bienestar. También manifiesta que los adultos mayores tienen derecho a un trato justo, a tener acceso a programas educativos, a vivir en ambientes seguros y adaptados a sus necesidades y preferencias; en caso de los adultos mayores que residan en instituciones se les debe asegurar un trato digno, respeto por sus creencias, sus necesidades y vida privada. Así mismo debe respetarse su decisión respecto a la elección o rechazo de tratamientos de salud orientados a la prolongación de la vida (Aizen et al., 2004). También se sugiere la implementación de programas orientados a la enseñanza del uso de la tecnología para los adultos mayores garantizando así una adaptación más fácil a los cambios tecnológicos, asegurando su acceso y participación, en tanto la tecnología permite el acercamiento entre las personas y contribuye a reducir la marginación, facilitando la comunicación entre las distintas generaciones (Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 2003).

4.3 Institucionalización

La mayoría de los seres humanos nacen, viven y mueren en un contexto familiar, sin embargo, durante la vejez esta situación puede cambiar debido a varios factores, los que resultan más relevantes son el no poder valerse por sí mismos y la soledad, siendo estas las dos razones principales por las cuales se elige la institucionalización (Fernández-Ballesteros & Zamarrón, 1998). Otros motivos para la institucionalización pueden partir desde la necesidad de cuidados físicos o de protección (Krassoievitch, 1998).

Dentro de la institucionalización debe tomarse en consideración diversos componentes que se relacionan para el mejor desarrollo del individuo. En primer lugar, al adulto mayor atendiendo a sus capacidades, intereses e inquietudes; un segundo componente son las actividades u ocupaciones que éstos pueden realizar, desde las actividades de la vida diaria e higiene, hasta las actividades de producción o recreación; el tercer componentes es el entorno que los rodea que incluye los espacios físicos, los objetos y las personas (Aizen et al., 2004).

En cuanto a las residencias geriátricas existen distintos tipos de instituciones: las del estado, las religiosas y las privadas. En muchas de ellas la finalidad parece ser mantener a los adultos mayores recluidos bajo supervisión médica, y un gran problema que se presenta es el aislamiento y los efectos del viejísimo. Para combatir esto se sugiere que se fomenten programas que favorezcan las relaciones de la comunidad hacia la institución y de las instituciones hacia la comunidad. Dentro de las instituciones es importante la realización de actividades sociales, culturales y de esparcimiento lo que favorece el contacto y la convivencia con otros residentes, no solo dentro de la institución sino también fuera de ella para evitar el aislamiento respecto a la comunidad. Respecto a las actividades sociales, culturales y recreativas dentro de la institución se sugiere la organización de espectáculos, fiestas o actividades que incluyan tanto a los residentes como a asociaciones, colegios o agrupaciones sociales a fin de favorecer la vinculación con la comunidad. Fuera de la institución se recomienda que se realicen excursiones o visitas a diversos lugares de interés a fin de no perder la conexión con el mundo exterior. Otras actividades que deberían fomentarse dentro de la institución son: 1) Actividad física a fin no solo de evitar la postración y pasividad sino ya que se ha demostrado que influye en una mejor percepción de sí mismo y favorece las interacciones, éstas pueden ir desde caminatas hasta diversos tipos de gimnasia incluyendo también la fisioterapia; 2) Programas de rehabilitación cognitiva orientados no solo al mantenimiento sino a generar una mejora en las habilidades del adulto mayor y retrasar el deterioro lo más posible; 3) En los casos de deterioro más severo también deberían realizarse actividades orientadas a sus capacidades recurriendo por ejemplo a estímulos sensoriales tales como texturas, olores o música orientado a la rememoración de recuerdos (Krassoievitch, 1998).

Es importante considerar a los adultos mayores que viven en instituciones como sujetos de pleno derecho. El ingreso a una institución no debe significar que los

residentes pierdan su autonomía y debe garantizarse que puedan seguir viviendo según sus criterios, creencias y cultura (Aizen et al., 2004).

Según Krassoievitch (1998) todos los elementos del entorno, incluyendo el personal, los residentes y el lugar físico deben ser utilizados como agentes terapéuticos. Las instituciones exigen un equipo multidisciplinario, el personal debe funcionar en conjunto y con un fin en común: Aumentar la autonomía y la participación de los residentes. Para este fin es importante que la arquitectura y distribución de la institución favorezcan el sentido de orientación para el acceso a los cuartos, comedores y salas de recreación. También que el personal se dirija a los residentes por su nombre, les recuerde el lugar, fecha, hora y sucesos importantes del día y de los días siguientes, en las salas también debería estar presente dicha información de forma visible. En cuanto a las actividades es importante que sean variadas y acorde a lo necesario para los distintos residentes. La actividad física debe ser estimulada por medio de ejercicios, fisioterapia o kinesiología, también debe haber programas de estimulación y rehabilitación cognitiva, para los casos más severos el trabajo se orienta a las reminiscencias para lo cual suele recurrirse a estímulos sensoriales a partir de los cuales se puede favorecer la aparición de recuerdos. También se ha demostrado que la utilización de movimientos corporales produce un efecto positivo en la expresión de las emociones y favorece la adaptación psíquica y social, estas movilizaciones pueden hacerse de manera activa o pasiva de acuerdo a las posibilidades de cada residente. Efectos similares se han reportado con la terapia musical la cual disminuye tensiones y favorece las relaciones interpersonales. La terapia artística también ha demostrado producir incrementos en la autoestima y en la sensación de creatividad, a su vez cuando estas actividades se realizan de forma colectiva se favorece la socialización de los ancianos.

En la actualidad el objetivo principal ya no es el prolongar las expectativas de vida, sino el conseguir aumentar el bienestar y la calidad de vida de esos años (Antequera-Jurado & Blanco Picabia, 2002).

Al hablar de organizaciones para adultos mayores deben nombrarse los centros o asociaciones los cuales brindan la oportunidad de desarrollar diversas actividades. (Oddone, 2013). Un ejemplo de esto son los hogares de día, en los que se ofrecen diversos talleres con propuestas desde lo motriz, lo artístico y lo cognitivo. Esto colabora con el desarrollo de redes sociales y el mantenimiento o potenciación de habilidades. Se ofrece un espacio donde desplegar diversos roles los cuales colaboran con la resocialización de los adultos mayores y la posibilidad de mejorar la percepción

sobre sí mismo y sus capacidades generando a su vez un sentido de pertenencia (Aizen et al., 2004).

En cuanto al cuidado domiciliario éste se define como los servicios brindados a las personas en su hogar con el fin de mejorar su calidad de vida. Su intención es brindar la atención y cuidados necesarios dentro de su entorno familiar y social durante el mayor tiempo posible (Aizen et al., 2004).

4.4 Calidad de vida

Al hablar sobre calidad de vida se la debe diferenciar de otros conceptos que, aunque similares, no significan lo mismo. Estos son bienestar y satisfacción con la vida. En cuanto al entendimiento del bienestar, este se remite hasta los primeros pensadores basándose en dos corrientes filosóficas: el hedonismo, que define el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo y la eudamónica, la cual define el bienestar como vivir de forma plena (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009). En base a estas dos tradiciones desde la psicología positiva se describen tres estilos de bienestar. El bienestar psicológico planteado por Ryff compuesto por las siguientes dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal; y el bienestar subjetivo y el bienestar social planteado por Keyes. El bienestar subjetivo refiere a un alto afecto positivo, un bajo afecto negativo y elevada satisfacción con la vida (Torres, 2009; Muñoz, Restrepo & Cardona, 2016). El afecto positivo refiere a los estados de ánimo y emociones subjetivamente agradables y el afecto negativo a los estados de ánimo y emociones subjetivamente desagradables (Vásquez & Hervás, 2009). El bienestar social hace referencia a la satisfacción del individuo con su entorno tanto cultural como social, y las dimensiones que lo componen son la coherencia social, que implica percibir el mundo como lógico, coherente y predecible, la integración social, contribución social, actualización social y aceptación social (Torres, 2009; Muñoz et al., 2016). En cuanto a la satisfacción con la vida, se la podría definir como la evaluación subjetiva sobre la propia vida y cada uno de sus aspectos (Vásquez & Hervás, 2009).

A pesar de ser un tema de gran interés las investigaciones que correlacionan el bienestar, la satisfacción con la vida y la calidad de vida con indicadores sociales surgieron hace menos de medio siglo. Estos modelos asociaron altos niveles de bienestar, satisfacción con la vida y calidad de vida con características objetivas y variables subjetivas (Bowling & Windsor, 2001). Por lo que la calidad de vida podría

definirse como la interacción dinámica entre las condiciones externas de la vida del sujeto y las percepciones internas sobre estas condiciones (Browne et al., 1994).

Según Xavier, Ferraz, Marc, Escoteguy y Moriguchi (2003) que el envejecimiento sea una etapa disfrutable del ciclo vital dependerá de los factores objetivos de la vida del sujeto y de la interpretación subjetiva que este haga de dicha realidad. Esto a su vez dependerá parcialmente de la interpretación subjetiva que haga el adulto mayor y en parte de los sucesos objetivos de la historia del sujeto. La calidad de vida entonces, depende de la interpretación que se haga de los hechos y eventos que se sucedan por lo que dos personas frente a la misma situación podrían tener distintas reacciones según la valoración subjetiva que hagan de dicho evento en particular. Así también otro factor a tomar en consideración para una valoración positiva o negativa de la calidad de vida es la capacidad del adulto mayor de aceptar las limitaciones físicas que pudiese llegar a tener así como de las enfermedades o de sus expectativas en cuanto a su salud. Las concepciones que posea el sujeto pueden tener gran influencia y ser determinantes en la percepción y valoración que el adulto mayor haga sobre su vida.

Según Aguilar et al. (2011) existen ciertos indicadores sobre la calidad de vida que podrían dividirse en cinco áreas: Opciones -la cual refiere al mantenimiento de las capacidades de elección-, relaciones -refiriendo no solo a las relaciones sociales sino también al sentirse parte de la sociedad donde se vive-, estilo de vida, salud y derechos.

Según Fernández-Ballesteros (1998) algunas condiciones que parecen determinantes para la conceptualización de la calidad de vida son: la percepción sobre la salud, el mantenimiento de habilidades para realizar actividades de la vida diaria, poseer buenas condiciones económicas, el mantenimiento de relaciones sociales, el desarrollo de actividades, el acceso a servicios sociales y de salud, un buen ambiente tanto en el lugar de residencia como en el contexto más cercano al sujeto, la satisfacción con la vida y poseer oportunidades de educación y acceso a la cultura.

La calidad de vida es el resultado de la interacción entre las condiciones externas de un sujeto y su interpretación interna (Browne et al., 1994). Sin embargo existen cuatro conceptualizaciones que engloban la calidad de vida planteando: La calidad de vida se define en base a las condiciones de vida de un sujeto, a la evaluación de la satisfacción experimentada por dicho sujeto en dichas condiciones, a la combinación de los componentes objetivos y subjetivos, es decir la relación de los dos primeros puntos, las condiciones de vida y la satisfacción en cuanto a dichas condiciones, y por último la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción con la vida en base a una

escala de valores, aspiraciones y expectativas (de Mejía & Merchán, 2007; Aguilar, Álvarez & Lorenzo, 2011).

Por lo que en resumen, la calidad de vida se define como las percepciones individuales del sujeto respecto a su posición en la vida en un contexto cultural con un sistema de valores y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Esta definición refleja que la evaluación sobre la calidad de vida es subjetiva y depende de la cultura y del contexto, dicho de otro modo la calidad de vida no puede ser reducida a la salud física, psicológica o bienestar sino que debe ser tomada como multideterminada (World Health Organization, 1996).

Se ha demostrado la importancia de la participación activa en la vida familiar y comunitaria como un factor de gran influencia en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores, lo que influye a su vez sobre su salud, niveles de funcionalidad y el interés por el desarrollo de actividades. Otro factor de gran influencia en los adultos mayores son las redes de apoyo, tanto familiares como sociales (Arias, 2009). A su vez la percepción del apoyo social y del estado de salud guardan relación con el interés que pueda presentar el adulto mayor en la realización de actividades (Marín Sánchez & García González, 2004). Está demostrado que las actividades de ocio y recreación contribuyen con el bienestar y la satisfacción con la vida, ya que fomentan la productividad y brindan la sensación de capacidad que muchas veces es perdida luego de la jubilación (Navarro & Hernández, 2015).

Otros criterios que podrían contribuir con esto son la posibilidad de realizar actividades que sean significativas, colaborando con el sentido de vida o la sensación de logro, una de las variables que puede influir en estos es que se les brinde la posibilidad de elegir sobre dichas actividades, brindando una gama de opciones tanto físicas como cognitivas o recreativas. Aunque la intención no es crear un listado cerrado de cualidades y objetivos sino enfatizar en que el envejecimiento activo y la percepción de calidad de vida es un proceso dinámico, subjetivo y multideterminado (Ryff & Singer, 1998).

Diversos estudios han demostrado que la religión ayuda al enfrentamiento y la aceptación de situaciones difíciles a las que deben adaptarse los adultos mayores. Gran parte de los temores a los que se enfrentan guardan relación con las pérdidas, ya sean de una persona, un objeto, su salud o su vida. Ponerse en las manos de Dios, o de sus creencias espirituales cualesquiera sean ellas, les brinda ciertas respuestas o consuelo frente a sus miedos y dudas. Los adultos mayores que poseen creencias religiosas o

espirituales toman a su vez la muerte como el paso de lo terrenal a lo definitivo o trascendental, se considera el principio de otra etapa brindándoles cierta paz permitiendo la aceptación de ésta como una más del ciclo vital colaborando así con una mejor calidad de vida (Alfaro & Adriana, 2010).

4.5 Investigaciones previas

En los estudios de De Araújo Sabino, Brito, Uchôa, de Carvalho y de Santana (2015) y Vitorino, Paskulin y Vianna (2013) se analizaron las percepciones de calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. En estos se halló que los adultos mayores no institucionalizados puntúan mejor en todos los dominios pertenecientes a calidad de vida. Por lo tanto, se supone que los adultos mayores no institucionalizados presentarán una mejor percepción de su salud física, psicológica, de sus relaciones sociales y de su ambiente (H1 y H2).

Por su parte, en el estudio de Silveira (2017) se analizó la relación entre religiosidad y calidad de vida. En este se halló que, a mayor religiosidad, mayor calidad de vida. Por lo que se supone que los adultos mayores que manifiesten creencias religiosas o espirituales poseerán una mejor percepción de su Calidad de Vida (H3).

En los estudios de Aguiar et al. (2011) y Gallardo-Peralta, Córdova Jorquera, Piña Morán y Urrutia Quiroz (2018) se estudió la asociación entre percepción de calidad de vida y sexo. En estos se halló que las mujeres tienen una mejor percepción de su calidad de vida en general respecto a los hombres. Por lo tanto se supone que las mujeres presentaran una mejor percepción de calidad de vida que los hombres (H4).

En los estudios de Flores Villavicencio, Troyo Sanromán, Cruz Ávila, González Pérez y Muñoz de la Torre (2013), Dueñas González, Bayarre Veá, Triana Álvarez y Rodríguez Pérez (2009) y Torres, Quezada, Rioseco y Ducci (2008) se estudiaron las asociaciones entre la percepción de calidad de vida y edad. En estos se halló que a mayor edad peor percepción de calidad de vida. Por lo tanto se supone que los adultos más mayores presentaran una peor percepción de su calidad de vida (H5)

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo-correlacional y el diseño fue no experimental transversal.

5.2 Muestra

Para el siguiente estudio se tomó una muestra no probabilística de 60 participantes: el 50% ($n = 30$) residía en un hogar para adultos mayores donde la autora realizó su práctica y el 50% ($n = 30$) residía en su domicilio particular y se los contactó a partir de contactos personales. Dentro de los institucionalizados con edades entre 62 y 93 ($M = 81.4$; $DE = 7.846$); el 36.7 % ($n = 11$) fueron hombres y el 63.3 % ($n = 19$) mujeres. Los no institucionalizados tenían entre 60 y 95 años de edad ($M = 72.93$; $DE = 9.425$); el 50% ($n = 15$) fueron hombres y el 50% ($n = 15$) mujeres. En la Tabla 1 se detalla el estado civil de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados: dentro de los institucionalizados el mayor porcentaje 33.3 % ($n = 10$) señaló ser viudo, mientras que de los no institucionalizados la mayor prevalencia se dio en los casados siendo este el 43.3% ($n = 13$).

Tabla 1.

Estado civil adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

	Institucionalizados		No institucionalizados	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casado	9	30%	13	43,30%
Divorciado	1	3,30%	9	30%
Novio	-	-	2	6,70%
Separado	3	10%	2	6,70%
Soltero	3	10%	2	6,70%
Unido	4	13,30%	1	3,30%
Viudo	10	33,30%	1	3,30%

En la Tabla 2 se muestra el lugar de nacimiento de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. En ambas muestras el mayor porcentaje nació en Capital Federal 70% ($n = 21$) de los institucionalizados y 56.7% ($n = 17$) de los no institucionalizados.

Tabla 2.

Lugar de nacimiento adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

	Institucionalizados		No institucionalizados	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Capital Federal	21	70%	17	56,70%
Gran Buenos Aires	1	3,30%	5	16,70%
Interior	6	20%	5	16,60%
Exterior	2	6,70%	3	10%

En la Tabla 3 se mostrará el lugar de residencia de los adultos mayores no institucionalizados de los cuales su mayoría 66.7% ($n = 20$) señaló residir en Capital Federal, mientras que el 100% ($n = 30$) de los adultos mayores institucionalizados residían en Capital Federal debido a ser el lugar donde la tesista realizó su residencia.

Tabla 3.

Lugar de residencia adultos mayores no institucionalizados

	Frecuencia	Porcentaje
Capital Federal	20	66,70%
Gran Buenos Aires	4	13,30%
Interior	6	20,00%

En cuanto a la clase social de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados los datos se verán reflejados en la Tabla 4. En ambos grupos el mayor porcentaje señaló pertenecer a la clase media de los institucionalizados el 73.3% ($n = 22$) y de los no institucionalizados 70% ($n = 21$).

Tabla 4.***Clase social de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados***

	Institucionalizados		No institucionalizados	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alta	2	6,70%	1	3,30%
Media	22	73,30%	21	70%
Media Alta	5	16,70%	8	26,70%
Media Baja	1	3,30%	-	-

Las creencias religiosas o espirituales de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se observaron en la Tabla 5. En ambos grupos la mayoría indicó poseer creencias religiosas o espirituales 56.7% ($n = 17$) de los institucionalizados y 83.3% ($n = 25$) de los no institucionalizados, en cuanto a que creencia poseían en ambos grupos la mayoría era católica representando el 58.8% ($n = 10$) en los institucionalizados y el 72% ($n = 18$) en los no institucionalizados. Respecto a si eran practicantes en ambos grupos la mayoría respondió que si el 70.6% ($n = 12$) de los institucionalizados y el 60% ($n = 15$) de los no institucionalizados.

Tabla 5.***Creencia religiosa o espiritual en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados***

	Institucionalizados		No institucionalizados	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	56,70%	25	83,30%
No	13	43,30%	5	16,70%
Cual				
Judía	7	41,20%	-	-
Católica	10	58,80%	18	72%
Budista	-	-	6	24%
Evangélica	-	-	1	4%
Practicante				
Si	12	70,60%	15	60%
No	5	29,40%	10	40%

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron que sean adultos mayores que se encuentren residiendo en su domicilio particular o en el hogar de adultos mayores donde la autora realizó su práctica y que se encuentren en un buen estado de salud. Los criterios de exclusión fueron la presencia de deterioro cognitivo, diagnóstico de demencia o la presencia de alguna enfermedad psicopatológica grave.

5.3 Instrumentos

- *World Health Organization Quality of Life (WHOQoL-bref)*. Es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (1998) autoadministrable siempre que el entrevistado tenga las habilidades suficientes, de otra forma puede ser asistido por el entrevistador o administrado de modo oral que evalúa calidad de vida. Consta de 26 ítems a valorarse a través de una escala con formato Likert con cinco opciones de respuesta, donde se les pide que califiquen en base a lo percibido en las últimas dos semanas. El WHOQoL-bref valora la calidad de vida tomando en consideración cuatro dominios que evalúan salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente (Anexo A).

Esto produce un perfil de calidad de vida basándose en cuatro dominios, además posee dos ítems que se puntúan de forma separada (la pregunta 1 que indaga sobre la percepción de calidad de vida y la pregunta 2 que indaga sobre la percepción sobre su salud). Los puntajes de cada dominio producen un puntaje de cada dominio en particular. Estos se puntúan de manera positiva, a más puntaje más calidad de vida. Los puntajes de cada dominio se utilizan para calcular el puntaje total.

El WHOQOL-BREF consta de cuatro dominios

- Salud física, ésta a su vez se compone de diversos sub-dominios como por ejemplo actividades de la vida diaria, dependencia de tratamiento médico o medicamentos, energía y fatiga, movilidad, dolor y disconformidad, sueño y descanso y capacidad de trabajo.
- Psicológica, compuesto por los siguientes sub-dominios: imagen corporal y apariencia, sentimientos positivos, sentimientos negativos, autoestima, espiritualidad, religión o creencias personales y pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.
- Relaciones sociales comprende los siguientes sub-dominios: relaciones personales, apoyo social y relaciones sexuales.
- Ambiente con los siguientes sub-dominios: recursos financieros, libertad y seguridad, cuidados de la salud y sociales: acceso y calidad, ambiente, oportunidad para adquirir nueva información y destrezas, oportunidades y participación en actividades recreativas y transporte (World Health Organization, 1998).

La confiabilidad del instrumento demostró una buena consistencia interna con un alpha de Cronbach para el instrumento y los dominios con un rango de 0.83 a 0.95. En cuanto a la validez este instrumento posee validez discriminante, validez de constructo y validez de test-retest (The Whoqol Group, 1998). En Argentina no hay adaptación local, pero ésta participó del desarrollo del WHOQoL-100 dando los siguientes alfas de Cronbach para cada uno de los dominios, Dominio 1 (Salud Física) = 0.55, Dominio 2 (Salud Psíquica) = 0.79, Dominio 3 (Relaciones Sociales) = 0.65 y Dominio 4 (Ambiente) = 0.76 (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004)

- *Encuesta sociodemográfica* con un conjunto de preguntas orientadas a caracterizar a los participantes de acuerdo al sexo, edad, estado civil, lugar de

residencia, nivel educativo, socioeconómico y creencias religiosas o espirituales. (Anexo B)

5.4 Procedimiento

La recolección de datos se realizó durante 15 días y estuvo a cargo de la autora del trabajo de integración final bajo supervisión de su tutora. En cuanto al tiempo de administración varió desde dos a 30 minutos. El instrumento es autoadministrable siempre que el entrevistado tenga las habilidades suficientes, de otra forma puede ser asistido por el entrevistador o administrado de modo oral. Por el diseño de la investigación el 50% de los participantes fueron residentes del hogar para adultos mayores donde la autora se encuentra realizando la práctica y el otro 50% se recolectó a participantes voluntarios que residan en sus domicilios particulares a partir de contactos personales. Se les informó a todos los participantes que su participación y datos permanecerán anónimos y que la información recabada se utilizaría a fines investigativos.

Una vez finalizada la recolección de datos, las respuestas fueron cargadas en un Excel y analizadas con el software PASW Statistics 18. Se analizó cada uno de los objetivos con un nivel de significación alfa de .05 en todos los casos. Para todos los objetivos se calculó una prueba *t* de Student para muestras independientes.

5.5 Resultados

5.5.1 Objetivo 1. Comparar la percepción de la salud física y psicológica entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Al examinar diferencias en cuanto a la percepción de la salud física y psicológica entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se detectaron diferencias estadísticamente significativas en ambos dominios a favor de los adultos mayores no institucionalizados. En cuanto a la percepción de la salud física ($t = -3.18, p = .002, M_I = 23.16$ vs. $M_{NI} = 27.40$) y psicológica ($t = -2.37, p = .021, M_I = 19.83$ vs. $M_{NI} = 22.50$) como puede observarse en la Tabla 6.

El dominio salud física se compone de diversos sub dominios tales como la posibilidad de realización de actividades de la vida diaria, la dependencia de tratamiento médico, la capacidad de movilidad, sueño, descanso y trabajo. En cuanto al dominio psicológico se compone de subdominios como la imagen corporal, autoestima,

sentimiento positivos y negativos (World Health Organization, 1998). Según Alfaro y Adriana (2010) uno de los factores más importantes para el mantenimiento de una buena calidad de vida por parte del adulto mayor son la capacidad de realizar actividades y el poder elegir sobre ellas. Esto puede explicarse ya que el desempeño en las actividades que estos realicen contribuye con la percepción que el adulto mayor posea de sí mismo (Oddone, 2013). Otro factor de gran influencia en la calidad de vida del adulto mayor según Xavier et al. (2003) es la capacidad de aceptar las limitaciones físicas que se pudiesen llegar a tener así como de las enfermedades o expectativas sobre su vida y capacidades.

Tabla 6.

Nivel de percepción de la salud física y psicológica de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

	Institucionalizados		No institucionalizados		Prueba <i>t</i> de Student	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
CV Físico	23.16	5.58	27.40	4.68	-3.18	.002
CV Psicológico	19.83	4.37	22.50	4.32	-2.37	.021

5.5.2 Objetivo 2. Comparar las percepciones de las relaciones sociales y del ambiente entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Al examinar diferencias en cuanto a la percepción de las relaciones sociales y del ambiente entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el dominio ambiente a favor de los adultos mayores no institucionalizados ($t = -2.40$, $p = .019$, $M_I = 28.03$ vs. $M_{NI} = 31.2$) como puede verse en la Tabla 7.

En cuanto al dominio relaciones sociales este se compone de los subdominios relaciones personales y apoyo social. El dominio ambiente posee los siguientes subdominios: libertad y seguridad, acceso y calidad en cuanto a los cuidados de la salud y oportunidades de acceso a información y participación de actividades recreativas (World Health Organization, 1998). Por lo tanto, la posibilidad de disfrutar del tiempo libre, mantener los vínculos sociales y las relaciones con la sociedad son factores de

gran importancia para el desarrollo pleno del adulto mayor (de Cañete, 2000) así como la creación de un entorno favorable y el fomento de la salud (Gomez, 2016).

Tabla 7.

Nivel de las percepciones de las relaciones sociales y del ambiente de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

	Institucionalizados		No institucionalizados		Prueba <i>t</i> de Student	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
CV Social	10.56	2.44	10.53	2.31	0.05	.957
CV Ambiente	28.03	4.95	31.20	5.24	-2.40	.019

5.5.3 Objetivo 3. Comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según creencias religiosas o espirituales

Al examinar las diferencias en la percepción de la calidad de vida en base a las creencias religiosas y espirituales de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Debido a que la muestra de adultos mayores no institucionalizados no fue homogénea en cuanto a la cantidad de casos, religiosos ($n = 25$) y no religiosos ($n = 5$), esto no permitió una evaluación comparativa de los grupos de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados que poseyeran o no creencias religiosas o espirituales, por lo que se realizó un análisis comparando los grupos que poseían creencias religiosas o espirituales y los que no las poseían sin considerar si estos estaban institucionalizados o no. En cuanto a los resultados se detectaron diferencias estadísticamente significativas tanto en la percepción de la calidad de vida general ($t = -2.54$, $p = .014$, $M_{NO} = 85.44$ vs. $M_{SI} = 96.92$) como en los dominios ambiente ($t = -3.07$, $p = .003$, $M_{NO} = 26.61$ vs. $M_{SI} = 30.90$) y psicológico ($t = 2.18$, $p = .033$, $M_{NO} = 19.27$ vs. $M_{SI} = 21.976$) como puede observarse en la Tabla 8.

Se ha demostrado que la religión ayuda a enfrentar y aceptar las situaciones difíciles a las que deben adaptarse los adultos mayores ya que apoyarse en sus creencias religiosas o espirituales permite brindar respuesta o consuelo frente a sus miedos y dudas (Alfaro & Adriana, 2010). A su vez los adultos mayores que residan en instituciones tienen derecho y se les debe asegurar el respeto por sus creencias religiosas o espirituales (Aizen et al., 2004).

Tabla 8.

Calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según creencias religiosas o espirituales

				Prueba <i>t</i> de Student	
		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
CV total	No	85.44	15.21	-2.54	.014
	Si	96.92	16.31		
CV Social	No	9.66	1.87	-1.94	.057
	Si	10.92	2.46		
CV Ambiente	No	26.61	4.65	-3.07	.003
	Si	30.90	5.07		
CV Físico	No	23.38	5.64	-1.76	.083
	Si	26.09	5.35		
CV Psicológico	No	19.27	4.30	-2.18	.033
	Si	21.97	4.40		

5.5.4 Objetivo 4. Comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según sexo

Al examinar diferencias en cuanto a la calidad de vida según sexo entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, tal como se muestra en la Tabla 9.

Tabla 9.
Calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según sexo

	Prueba <i>t</i> de Student					
	Institucionalizados			No institucionalizados		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>
CV total						
Hombre	81.81	15.69	96.53	17.32		
Mujer	91.68	15.53	101.26	14.39	-1.67	.106
						-1.814
						.423
CV Social						
Hombre	10.27	2.57	10.06	2.31		
Mujer	10.73	2.42	11	2.29	-.494	.625
						-1.10
						.277
CV Ambiente						
Hombre	26.54	4.80	30.66	6.02		
Mujer	28.89	4.95	31.73	4.48	-1.26	.216
						-1.551
						.586
CV Físico						
Hombre	20.63	5.37	26.53	5.37		
Mujer	24.63	5.29	28.26	3.88	-1.98	.057
						-1.01
						.32
CV Psicológico						
Hombre	18.54	4.52	22.06	4.41		
Mujer	20.57	4.22	22.93	4.35	-1.23	.226
						-1.542
						.592

5.5.5 Objetivo 5. Comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según edad

Al examinar diferencias en cuanto a la calidad de vida según edad, con grupos de 60 a 79 y más de 80 años de edad, entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, tal como puede observarse en la Tabla 10.

Tabla 10.
Calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según edad

	Prueba <i>t</i> de Student								
	Institucionalizados				No institucionalizados				
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
CV total	60 a 79	95.77	9.21	98.56	16.82	1.78	.085	-2.06	.838
	+80	84.76	17.37	100	13.10				
CV Social	60 a 79	26.44	2.96	27.60	4.72	2.24	.033	.436	.666
	+80	21.76	5.89	26.71	4.85				
CV Ambiente	60 a 79	21.44	2.65	22.26	4.72	1.34	.191	-.542	.592
	+80	19.14	4.82	23.28	2.81				
CV Físico	60 a 79	11.44	1.13	10.39	2.46	1.30	.203	-.602	.552
	+80	10.19	2.76	11	1.82				
CV Psicológico	60 a 79	29.44	2.69	31.17	5.19	1.02	.315	-.049	.962
	+80	27.42	5.60	31.28	5.82				

6. Conclusiones

El objetivo general de este estudio fue comparar la calidad de vida entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados según creencias religiosas o espirituales, sexo y edad.

La primera hipótesis propuso que el nivel de percepción de salud física y psicológica será mejor en los adultos mayores no institucionalizados que en los adultos mayores institucionalizados. La hipótesis se corroboró, coincidiendo con los resultados hallados en los estudios de De Araújo Sabino et al. (2015) y Vitorino et al. (2013). Esto podría entenderse teniendo en consideración que la evaluación de dichos dominios apuntan a la percepción del sujeto en cuanto a su capacidad de realizar actividades de la vida diaria, movilidad, de conciliar el sueño y a su dependencia en cuanto al tratamiento médico, así como la auto percepción y la evaluación de sus sentimientos tanto positivos como negativos (World Health Organization, 1998). El poder seguir residiendo en sus domicilios les permite desempeñarse por sí solos, o con una ayuda mínima, lo cual influye en su autoestima y autovaloración debido a que la conservación de la independencia influye fuertemente en la salud psicológica. En cuanto a su salud física también les da la libertad de elección de tratamientos y profesionales tratantes permitiendo que elijan la opción que consideren más conveniente para ellos.

La segunda hipótesis planteó que el nivel de percepción de las relaciones sociales y del ambiente será mejor en los adultos mayores no institucionalizados que en los adultos mayores institucionalizados. Lo cual se corroboró parcialmente dado que solo se mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción del ambiente, lo cual coincide parcialmente con lo hallado en los estudios de De Araújo Sabino et al. (2015) y Vitorino et al. (2013) los cuales plantean que existen diferencias en ambos dominios aunque en este estudio sólo se hallaron diferencias en el dominio ambiente. Esto puede comprenderse tomando en consideración que el dominio ambiente evalúa la percepción subjetiva de la capacidad de participación en actividades recreativas, el acceso al transporte, el acceso y calidad de los cuidados de salud, el manejo de actividades financieras, entre otros (World Health Organization, 1998). Al encontrarse residiendo en su domicilio le permite tomar decisiones en cuanto a la organización del espacio, la decoración y sobretodo le permite vivir con sus pertenencias lo cual hace a su historia; a su vez le permite hacer uso de su tiempo como

deseo y teniendo absoluta libertad de movimiento dentro de sus capacidades. En cuanto a las percepciones sociales se puede presumir que no se encuentran diferencias debido a que la institución donde se tomó la muestra de adultos institucionalizados pone un fuerte énfasis en fomentar las relaciones sociales entre los residentes esto podría llevar a que posean una buena percepción de sus relaciones sociales debido a la gran cantidad de interacción y actividades que estos comparten.

En cuanto a la tercera hipótesis propone que los adultos mayores que posean creencias religiosas poseerán una mejor percepción de su calidad de vida tanto los institucionalizados como los no institucionalizados. Dicha hipótesis se corroboró y es congruente con los hallazgos encontrados en el estudio de Silveira (2017) en los que halló que, a mayor religiosidad, mayor calidad de vida. Esto demuestra que la religión ayuda y acompaña a los adultos mayores brindando respuesta y consuelo frente a los miedos, temores o dificultades para enfrentar situaciones arduas o pérdidas (Alfaro & Adriana, 2010).

La cuarta hipótesis plantea que las mujeres presentarán una mejor percepción de su calidad de vida que los hombres tanto institucionalizados como no institucionalizados. Esto no se corroboró ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de calidad de vida entre hombres y mujeres, lo cual difiere con lo hallado en los estudios de Aguiar et al. (2011) y Gallardo-Peralta et al. (2018). Debido a que la calidad de vida refiere a la percepción de los individuos respecto a su posición y situación en la vida en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones lo cual no necesariamente se encuentra ligado al sexo del individuo sino más bien a situaciones de vida particulares. A su vez esto podría atribuirse a que las muestras tomadas pertenecían mayormente a una clase social media y la mayoría nació y reside en Capital Federal por lo que el estilo de vida que lleva se caracteriza por una igualdad de género y de oportunidades, lo cual quizás hubiese diferido si la muestra hubiese sido tomada en el interior del país donde los roles otorgados a las mujeres y los hombres son marcadamente diferentes.

En cuanto a la quinta hipótesis propone que el nivel de percepción de calidad de vida está asociado negativamente a la edad tanto en adultos mayores institucionalizados como no institucionalizados. Dicha hipótesis no fue corroborada, lo cual discrepa con lo planteado por los estudios de Flores Villavicencio et al. (2013), Dueñas González et al. (2009) y Torres et al. (2008), los cuales planteaban que a mayor edad peor percepción sobre la calidad de vida. Como ya se ha señalado la percepción sobre la calidad de vida

depende de cada individuo y de la evaluación que este haga sobre su situación vital dentro de un contexto social y cultural sin importar la franja etaria a la que pertenezca. A su vez la gran cantidad de actividades tanto recreativas como físicas y cognitivas que ofrece la institución podría colaborar con que los residentes posean una mejor percepción de su calidad de vida, ya que al poseer tantas o más actividades que los adultos mayores que no se encuentran institucionalizados el cambio de lugar de residencia no generaría un impacto tan fuerte en la vida de la persona, permitiéndole así mantenerse activo y con expectativas frente a sus capacidades gracias al desarrollo de sus potencialidades.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se pueden señalar diversas cuestiones. En primer lugar se encontraron ciertas dificultades debido a que el tema de adultos mayores posee escaso material bibliográfico y éste tiende a ser reiterativo en cuanto a los temas que aborda. En segundo lugar la composición y tamaño de la muestra estuvieron condicionados a los tiempos y recursos disponibles para la realización de este TFI, la muestra a su vez fue relativamente limitada ($n = 60$) y por tratarse de voluntarios contactados a partir de contactos personales la mayoría residían en Capital Federal y pertenecían a la clase media. Por lo que para futuras investigaciones podría ampliarse el tamaño de la muestra e incluirse participantes de otras regiones de Argentina a fin de lograr una muestra más representativa.

En tercer lugar cabe aclarar que la institución donde se realizó la residencia y tomó la muestra de adultos mayores institucionalizados posee ciertas características que no necesariamente representan al general de las instituciones que funcionan en la ciudad de Buenos Aires ya que es de carácter privado, con aranceles altos, una gran infraestructura y cantidad de profesionales, y posee una gran variedad de servicios y actividades dentro de la institución. Por lo que para futuras líneas de investigación se recomendaría tomar muestras de diversas instituciones tanto de carácter público como privado. A fin de indagar también cual es la percepción sobre la calidad de vida en instituciones que no posean actividades o que éstas sean menos variadas que en la institución donde se tomó la muestra ya que no solo la cantidad de actividades que se realizaban dentro de la institución eran muchas y diversas, sino que también se organizaban paseos y salidas fuera de la institución con los residentes. En lo planteado por Krassoievitch (1998) la realización de actividades sociales, culturales y de esparcimiento favorecen las relaciones entre residentes y las salidas de interés cultural o excursiones favorecen el contacto con el mundo exterior.

En cuarto lugar se debe tomar en cuenta que durante la toma del instrumento, sobre todo en los adultos mayores institucionalizados, algunas preguntas necesitaron ser explicadas o solicitaron ayuda para completar el instrumento lo cual puede haber influido en la comparabilidad de las respuestas de quienes leyeron e interpretaron el instrumento de modo independiente.

En quinto lugar en cuanto a la muestra se presentó una diferencia significativa en cuanto a la cantidad de casos de adultos mayores no institucionalizados religiosos ($n = 25$) y no religiosas ($n = 5$) lo cual no permitió una evaluación comparativa dentro de cada uno de los grupos.

Otra limitación fue la dificultad para observar el rol y tareas desempeñadas por la psicóloga ya que no era de fácil acceso, por lo que durante la práctica se limitó a estar con las terapistas ocupacionales en la realización de diversos talleres. Esto llevó a que la elección de la variable fuera teórica. Por lo que para futuras líneas de investigación sería interesante indagar acerca del rol del psicólogo en las instituciones y como fomentar el trabajo interdisciplinario a fin de generar una colaboración no solo entre los sectores médicos (psiquiatra, médico clínico y demás especialidades) y la psicóloga sino también con las terapistas ocupacionales con quienes los residentes pasan gran parte del tiempo.

Una pregunta que surge a partir de la práctica y sobre la cual sería interesante indagar es como se manejan las cuestiones religiosas o espirituales en las instituciones en general ya toda persona tiene derecho y se les debe asegurar el respeto por sus creencias religiosas o espirituales (Aizen et al., 2004). La institución donde se realizó la práctica tenía una orientación religiosa y poseía un templo donde ir a rezar y donde se realizaban ceremonias tanto para los residentes como para los familiares que decidiesen acompañarlos para fechas importantes como el día del perdón, pesaj entre otros (aunque también muchos residentes eran llevados por su familia a pasarlos fuera de la institución). Teniendo en cuenta esto, y considerando que en la institución los residentes no sólo pertenecían a la colectividad judía, se podría indagar acerca de cómo se sentían los residentes cristianos o con otras creencias religiosas o espirituales.

Otras líneas de investigación que sería interesante plantear son en base a los resultados obtenidos en este estudio, ya que varios de ellos no coincidieron con lo encontrado en investigaciones previas. En los estudios de De Araújo Sabino et al. (2015) y Vitorino et al. (2013) se planteó que existen diferencias en los dominios relaciones sociales y ambiente aunque en este estudio sólo se hallaron diferencias en el dominio ambiente por lo que sería interesante indagar si estas diferencias se debieron a

que la institución y residentes donde se tomó la muestra poseían ciertas características particulares o si es un cambio de índole general. En los estudios de Aguiar et al. (2011) y Gallardo-Peralta et al. (2018) se halló que había diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la calidad de vida a favor de las mujeres aunque en este estudio no se hallaron diferencias estadísticamente significativas por lo que resulta de interés comprobar si esta falta de diferencias se debe a los cambios sociales o culturales que se están produciendo en la sociedad y si tiene inferencia el nivel educativo y económico de los participantes en estos resultados. En los estudios de Flores Villavicencio et al. (2013), Dueñas González et al. (2009) y Torres et al. (2008), se planteó que a mayor edad peor percepción sobre la calidad de vida, esto no fue corroborado por esta investigación por lo que resulta de interés examinar si estas diferencias pueden deberse al nivel socioeconómico de los participantes, los cuales en su mayoría eran de clase media/alta, lo cual repercute en el acceso a servicios tanto de salud como culturales.

En cuanto a los posibles aportes de este estudio se pretendió indagar acerca de la calidad de vida en dos contextos donde residen los adultos mayores, institucionalizados y no institucionalizados. Desde 1950 la esperanza de vida ha aumentado en todo el mundo alrededor de 20 años por lo que el envejecimiento de la población mundial constituye actualmente un gran desafío (Aizen et al., 2004). Al ser una población en aumento parece relevante analizar qué factores influyen en la salud física, psicológica, percepción del ambiente y de las relaciones sociales, dimensiones que componen la calidad de vida. En base a estas dimensiones se hallaron diferencias favoreciendo a los adultos mayores no institucionalizados en cuanto a la percepción de su salud física, psicológica y de su ambiente, lo que lleva a pensar en qué le falta a las instituciones que brindan hogar a los adultos mayores a fin de lograr aumentar su calidad de vida. En cuanto a lo observado durante la práctica podría hipotetizarse sobre algunos motivos por los cuales se encuentran estas diferencias. En cuanto a la percepción de la salud física podría suponerse que a pesar de la cantidad de actividades físicas y de rehabilitación que se plantean en la institución, los adultos mayores institucionalizados poseen una peor percepción de su salud física ya que en muchos casos son institucionalizados en base a la necesidad de cuidados físico y el no poder valerse por sí mismos, así como también el poder poseer supervisión médica constante (Krassoievitch, 1998). En cuanto a la percepción del ambiente según Krassoievitch (1998) el lugar físico también debe ser utilizado como agente terapéutico sugiriendo que la fecha, hora, sucesos del día deben estar presentes en las salas donde se encuentren los residentes. A pesar de haberse

notado detalles como los mencionados por Krassoievitch en la institución se pudo observar que las habitaciones no podían ser personalizadas por los residentes más allá de poder colocar alguna foto de familiares o algún dibujo realizado por ellos o por sus familiares, a su vez en cuanto a la percepción del ambiente también cabe destacar que en la mayoría de los pisos las habitaciones eran compartidas lo cual no favorecía que el residente sintiese estar en “su casa” o reconocerlo como lugar propio. El hecho de las habitaciones compartidas a su vez repercutía muchas veces en la salud o bienestar del residente ya que en diversas ocasiones se han escuchado quejas y disconformidades en cuanto a sus compañeros de habitación por ejemplo por roncar muy fuerte no permitiéndoles dormir bien, o en base a la necesidad de un control médico más estricto la intromisión de médicos y enfermeras a lo largo de toda la noche, o en algunos casos simplemente el hecho de no llevarse bien entre ellos. En cuanto a la percepción de la salud psicológica la dificultad para conocer las tareas que desempeñan los psicólogos dentro de la institución más allá de lo informado por otros profesionales los cuales comentan que se encargan de realizar las admisiones y dar terapia individual, dificulta conocer la facilidad o dificultad de acceso a dicho servicio por parte de los residentes al no saber si estos deben ser derivados o si pueden solicitar ellos mismos la necesidad de atención psicológica. A su vez durante la práctica se ha observado que el rol del psicólogo está bastante desdibujado y que el trabajo interdisciplinario es en el mejor de los casos escaso por lo que sería interesante fortalecer dicho rol a fin de aumentar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados brindando el acompañamiento y apoyo psicológico que estos necesiten.

Diversos cambios surgieron a partir del envejecimiento activo, los cuales siguen implementándose día a día en las sociedades pero todavía queda mucho por trabajar e investigar. Dentro de las instituciones deben tomarse en consideración los intereses del adulto mayor atendiendo a sus capacidades e inquietudes, teniendo en cuenta que actividades u ocupaciones pueden realizar y el entorno que los rodea incluyendo los espacios físicos, objetos y personas (Aizen et al., 2004). Por lo que resulta de importancia poner énfasis en qué políticas públicas podrían implementarse a fin de aumentar la calidad de vida no sólo de los adultos mayores en general, sino también de los que residen en instituciones, ya que el principal motivo ya no debería ser prolongar las expectativas de vida sino aumentar la calidad de vida de esos años (Antequera-Jurado & Blanco Picabia, 2002).

7. Referencia

- Aguiar, M. I. F. D., Farias, D. R., Pinheiro, M. L., Chaves, E. S., Rolim, I. L. T. P., & Almeida, P. C. D. (2011). Quality of life of patients that had a heart transplant: application of Whoqol-Bref scale. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 96(1), 60-68.
- Aguilar, J. M., Álvarez, J., & Lorenzo, J. J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 161-168.
- Aizen, R. C., Maglioco, D., Mazard, G., Medín, R., Mele, M., Groba, G., & Ravano, G. (2004). *Temas de gerontología social*. Buenos Aires: Dirección General de la tercera Edad del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires.
- Alfaro, A., & Adriana, M. (2010). Revista Argentina de Gerontología y Geriatria.
- Alvarado García, A. M., Maya, S., & María, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Andrés, H. (2013). La Vejez en el Individuo, la Familia y la Sociedad. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 14.
- Antequera-Jurado, R. & Blanco Picabia, A. (1998). Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano. En L. Salvarezza, *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. (pp. 95-118). Buenos Aires: Paidós.
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147-158.
- Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-82.
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R. B., McDonald, N. J., O'Malley, K., & Hiltbrunner, B. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of life Research*, 3(4), 235-244.
- De Araújo Sabino, S. P., Brito, C. M. M., Uchôa, É. P. B. L., de Carvalho, V. C. P., & de Santana, A. P. (2015). Comparação da qualidade de vida entre idosos institucionalizados e não institucionalizados em recife-pe. *Revista Inspirar Movimento & Saude*, 7(3), 6-10.
- de Cañete, J. M. S. F. (2000). Reflexiones sobre la vejez y el envejecimiento. *Seminario médico*, 52(3), 43-65.

- de Mejía, B. E. B., & Merchán, M. E. P. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- Dueñas González, D., Bayarre Veá, H. D., Triana Álvarez, E., & Rodríguez Pérez, V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista cubana de medicina general integral*, 25(2), 2-15.
- Fernández-Ballesteros, R. & Zamarrón M. D. (1998). Vivir en una residencia: algunas expectativas. En L. Salvarezza, *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. (pp. 333-353de). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.
- Flores Villavicencio, M. E., Troyo Sanromán, R., Cruz Ávila, M., González Pérez, G., & Muñoz de la Torre, A. (2013). Evaluación calidad de vida mediante el WHOQOL-BREF en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 179-192.
- Gallardo-Peralta, L., Córdova Jorquera, I., Piña Morán, M., & Urrutia Quiroz, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis (Santiago)*, 17(49), 153-175.
- Gómez, A. M. O. (2016). Aportes internacionales, nacionales, departamentales y distritales ante una sociedad que envejece. *Justicia*, 21(29).
- Griffa, M. C., & Moreno, J. E. (2011). *Claves para una psicología del desarrollo: adolescencia, adultez y vejez*. Buenos Aires: Lugar.
- Krassoievitch, M. (1998). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Limón, M. R., & Ortega, M. D. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología de la Educación*, 6.
- Marín Sánchez, M., & García González, A. J. (2004). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. *Revista MAPFRE Medicina*, 15(3), 177-185.
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 166-173.

- Navarro, V. L. F. E., & Hernández, C. R. (2015). Actividades de Ocio y Bienestar Emocional en Personas Jubiladas Independientes. *Research on Ageing and Social Policy*, 3(1), 46-63. Doi: 10.17583/rasp.2015.1099
- Oddone, M. J. (1998). La vejez en la educación básica argentina. En L. Salvarezza, *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. (pp. 53-73). Buenos Aires: Paidós.
- Oddone, M. J. (2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. *Informes Envejecimiento en Red*, 4(3), 1-9.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(sS2).
- Rodríguez Daza, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Editorial Universidad del Rosario.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Silveira, C. M. L. D. (2017). Influência da espiritualidade na qualidade de vida e na capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados (tesis post-grado). Recuperado de Biblioteca digital de disertaciones de la Universidad Católica de Brasilia, programa de post-grado en gerontología. <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2393>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310.
- The Whoqol Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Torres, G. H. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (66), 23-41.
- Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R., & Ducci, M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista Médica de Chile*, 136(3), 325-333.

- Trejo Maturana, C. (2001). El viejo en la historia. *Acta bioethica*, 7(1), 107-119.
- Vásquez, C., & Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.
- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G., & Vianna, L. A. C. (2013). Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(SPE), 3-11.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL user manual: Programme on mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Xavier, F. M., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N. U., & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people s definition of quality of life. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(1), 31-39.

8. Anexo
Anexo A

8.1 WHOQOL-BREF

Instrucciones

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

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas.** Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Si Usted obtuvo bastante apoyo hará un círculo en él número 4.

Entonces quedaría así:

		Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

En la hoja siguiente comienza esta encuesta, no dude en volver a leer las instrucciones si tiene alguna duda.

MUCHAS GRACIAS

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

		Muy Mala	Mala	Normal	Bastante Buena	Extremadamente buena
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho o bien feliz** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas

		Muy insatisfecho	Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho esta de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a llenar el cuestionario? _____

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo? _____

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Anexo B**8.2 Datos sociodemográficos**

Fecha de hoy: _____

Sexo: Hombre Mujer

Edad: _____

Estado civil:Soltero Novio (sin vivir bajo el mismo techo) Unido (vivir bajo el mismo techo sin estar casado) Casado legalmente Divorciado legalmente Separado Viudo

Indícanos tu lugar de *nacimiento* y de *residencia* poniendo una cruz en la opción que corresponda:

Tu lugar de nacimiento	Localidad donde vivís ahora
Capital Federal <input type="checkbox"/>	Capital Federal <input type="checkbox"/>
Gran Buenos Aires <input type="checkbox"/>	Gran Buenos Aires <input type="checkbox"/>
Otra localidad Ciudad _____ País _____	Otra localidad Ciudad _____ País _____

¿Hace **cuántos** años que vos estás viviendo en la localidad que estás ahora? _____ años

Clase social a la que perteneces:

Alta	Media-alta	Media	Media-baja	Baja
<input type="checkbox"/>				

Nivel de estudios alcanzado:

	Completo	Incompleto
Primaria		
Secundaria		
Terciario		
Universitario		

¿Tiene alguna **creencia religiosa o espiritual**?

Sí No

¿Cuál? _____

¿Es practicante?

Sí No