



UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA
Facultad “Teresa de Ávila”

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

*“Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no
institucionalizados de la ciudad de Nogoyá”.*

Por:

Celeiro, Tatiana María.

Galizzi, María Paula.

Director: Dr. Resett, Santiago.

Asesor metodológico: Mg. Sione, Cesar.

Trabajo final para acceder al título de Licenciatura en Psicología

Año 2019

*“Envejecer es como escalar una gran montaña;
mientras se sube las fuerzas disminuyen,
pero la mirada es más libre,
la vista más amplia y serena”*
Ingmar Bergman.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra familia, por ser nuestro sostén incondicional en todo este camino, por el amor y la confianza.

A nuestros amigos, por acompañarnos y darnos aliento en cada momento.

A Ailen, Flor, Juli y Sofi, por el camino transitado juntas, el crecimiento y el aprendizaje.

A nuestro director Dr. Santiago Resett y asesor metodológico Mg César Sione, por guiarnos en este proceso.

A quienes estuvieron de una u otra manera aportando su ayuda para llegar hasta aquí.

A las instituciones y adultos mayores que participaron en la investigación.

A la UCA por la enseñanza.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS	8
RESUMEN	9
Palabras claves.....	10
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Planteamiento y formulación del problema	12
1.2 Objetivos de la investigación	14
1.2.1 Objetivo general.....	14
1.2.2 Objetivos específicos	14
1.3 Hipótesis.....	14
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	16
2.1 Estado del arte	17
2.2 Encuadre teórico.....	22
2.2.1 Denominación adultos mayores y vejez	22
2.2.2 Vejez	23
2.2.2.1 Características de la vejez	25
2.2.2.2 Actitud y posicionamiento ante la vejez	29
2.2.3 Calidad de Vida	31
2.2.3.1 Calidad de Vida en adultos mayores	32
2.2.3.2 Componentes y evaluación de la Calidad de Vida.....	34
2.2.4 Instituciones e institucionalización.	37
2.2.4.1 Residencias Gerontológicas	38

2.2.4.2 Institucionalización en residencias gerontológicas:	
Adaptación y efectos	40
2.2.4.3 Calidad de vida en las residencias gerontológicas	43
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	46
3.1 Tipo de investigación	47
3.2 Muestra.....	47
3.2.1 Descripción de la muestra	48
3.3 Técnicas de recolección de datos	50
3.4 Procedimientos de recolección de datos	51
3.5 Procedimientos de análisis de datos	52
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	53
4.1 Percepción de la calidad de vida desde los dominios propuestos por el WHOQOL-BREF en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados	54
4.2 Percepción de la calidad de vida en los adultos mayores por sexo, edad y estén o no institucionalizados.....	55
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	60
5.1. Discusión.....	61
5.2. Conclusiones	66
5.3. Limitaciones de la investigación	67
5.4. Recomendaciones.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS	78
A. INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS.....	79

B. MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO	88
C. SALIDAS ESTADISTICAS (SPSS)	89

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Sexo de los adultos mayores.....	49
2. Edades de los adultos mayores.....	49
3. Valores medios de calidad de vida global y dominios en el total de la muestra de adultos mayores.....	55
4. Valores medios de calidad de vida global en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.....	58
5. Valores medios de dominios de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

1. Estadísticos descriptivos de la percepción de calidad de vida global y dominios en el total de los adultos mayores, institucionalizados y no institucionalizados.....54
2. Comparación de la percepción de los dominios de calidad de vida en adultos mayores en relación al sexo.....56
3. Correlación de la percepción de calidad de vida en adultos mayores en relación a la edad.....57
4. Comparación de la percepción de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.....58

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación tuvo como objetivo, explorar, describir y comparar la calidad de vida de los adultos mayores entre 70 a 85 años de edad, institucionalizados y no institucionalizados de la Ciudad de Nogoyá, Entre Ríos. Para tal fin, acorde a los adultos mayores institucionalizados, se tomaron muestras en las Residencias Gerontológicas colectivas de larga estadía de la ciudad: “Asilo Hogar Vivanco”, Asilo “Los abuelos” y en la Pensión “Santa Teresita”. Por otro lado, en relación a los adultos mayores no institucionalizados, se seleccionaron de manera específica a aquellos que formaran parte de este rango de edad y no presentaran deterioro cognitivo. En cuanto al muestreo, el mismo fue intencional no probabilístico, con un total de 40 adultos mayores, 20 de ellos institucionalizados y 20 no institucionalizados.

Dicho estudio fue cuantitativo, siguiendo un diseño de tipo descriptivo, comparativo y transversal. Para recabar la información acerca de las variables, se administró la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, utilizándose el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para sacar estadísticos descriptivos (porcentajes, medias, etcétera) e inferenciales (comparaciones de medias y correlaciones de Pearson).

En cuanto a los resultados, se encontró que los adultos mayores, en el total de la muestra, perciben su calidad de vida como “buena”, según el instrumento, con un puntaje superior a los 3 puntos tanto en la Calidad de Vida Global como en los dominios propuestos por la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, a saber: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente. En referencia a si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por sexo, edad y estar o no institucionalizados, en primer instancia se encontró que si bien las mujeres registraron medias levemente superiores en todos los casos, no existen diferencias significativas evaluado a un valor probabilístico de $p < 5$ en la percepción de la calidad de vida en

relación al sexo. Por otro lado, con el fin de determinar si la calidad de vida varía acorde a la edad, se llevó a cabo un análisis en donde se encontró que los coeficientes muestran correlaciones negativas denotando que a mayor edad se perciben menores valores en la escala de calidad de vida, pero estas correlaciones no fueron significativas estadísticamente. Por último, con el objetivo de determinar si la percepción de la calidad de vida en adultos mayores varía al estar o no institucionalizados, se concluyó que los adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá perciben mejor calidad de vida en relación a los institucionalizados, en el dominio de *Salud Física* y en los dominios de *Calidad de Vida Global*, *Salud Psicológica* y *Medio Ambiente*, sin encontrar diferencia significativa en el dominio de *Relaciones Sociales* que se mantiene similar en ambos grupos.

Finalmente, en relación a las limitaciones que surgieron en este trabajo de investigación, cabe mencionar que las mismas estuvieron relacionadas al tamaño de la muestra, si bien sirvió para brindar una descripción y comparación, hubiera sido fructífero un mayor número para poder tener un análisis más exhaustivo en cuanto a las diferencias entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Asimismo, otras de las limitaciones encontradas fueron que el estudio al ser de corte transversal, no permitió comprobar si hubo cambios en relación a la percepción de la calidad de vida a lo largo del tiempo o poder indicar si era causa de determinadas circunstancias del momento. Por último, en relación al instrumento utilizado, la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, se encontró la limitación de que el mismo no posee un punto de corte y, por otro lado, que no brinda una evaluación y descripción exhaustiva de las dimensiones estudiadas.

Palabras claves: Adultos mayores. Calidad de vida. Residencias Gerontológicas.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. 1 Planteamiento y Formulación del problema

La calidad de vida es un concepto abstracto, desarrollado por múltiples autores a lo largo del tiempo, que fue estudiado y evaluado desde diversas perspectivas, como la economía, la medicina, las ciencias sociales, la psicología, entre otras.

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado en el Programa de Salud Mental (2002) afirma que:

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (p.1)

La percepción de la calidad de vida es de fundamental importancia a lo largo del ciclo vital, pero no obstante, los parámetros para percibirla subjetivamente, se van modificando a lo largo de la vida, debido a las necesidades y componentes con los que están vinculados. En la vejez, etapa comprendida acorde a como la categoriza la OMS (2006) entre los 60 años hasta el fallecimiento, la percepción de la calidad de vida, según Iglesias-Souto y Dosil (2005), estaría vinculada con componentes como ser la salud, implicación social, impresiones subjetivas, satisfacción vital y presencia de factores ambientales favorables. Así mismo, la percepción de la calidad de vida en esta etapa,

podría estar influida por sexo, según Roqué (2015), en Argentina las mujeres viven más tiempo que los varones pero perciben peores condiciones en la vejez ya que, según su estudio realizado, las mismas presentan más enfermedades crónicas y discapacidades.

Otra de las variables que pueden influir en la percepción de la calidad de vida en esta etapa, es la condición de institucionalización, Salvarezza (1998), sostiene que el ingreso a una institución se da en muchas ocasiones cuando los adultos mayores pierden la capacidad de vivir independientemente debido a dificultades en la movilidad, fragilidad u otros problemas mentales, físicos o materiales, necesitando muchas veces alguna forma de asistencia, como puede ser las Residencias Gerontológicas. Éstas, según la (ley N°14263, 2011) son instituciones de gestión pública o privada que tienen por finalidad brindar alojamiento, alimentación, higiene, recreación activa o pasiva, atención médica y en general toda acción que haga al bienestar físico y psíquico de los adultos mayores desde los sesenta y cinco años de edad.

Resulta relevante explorar la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, tomando en cuenta el crecimiento poblacional que se ha generado en los últimos años, y en consecuencia a esto, el interés científico que tiene actualmente esta temática, principalmente en la Unión Europea. En relación a este aumento, la OMS (2015), postula que entre el 2000 y 2050, la población mayor de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22%, produciéndose un aumento de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Es por ello, que Klever Paredes (2017) menciona la necesidad de crear nuevos servicios sanitarios, programas y proyectos con el objetivo de alcanzar mejores condiciones de vida en esta etapa.

A partir de esto, surgieron las siguientes preguntas de investigación:

¿Varía la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores acorde a las edades y sexo?

¿Existen diferencias significativas en la calidad de vida entre los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de 70 a 85 años de la ciudad de Nogoyá (ER)?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

- Explorar la calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá.

1.2. 2 Objetivos específicos

- Describir la percepción de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.
- Determinar si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por sexo, edad y estar o no institucionalizados.

1.3 .- Hipótesis

- Existen diferencias en la percepción de la calidad de vida según sexo y edad. Respecto al sexo, los varones presentan mayor calidad de vida que las mujeres y de acuerdo a la edad, se sostiene que a medida que ésta aumenta, se produce un mayor deterioro de la calidad de vida.

- Los adultos mayores entre 70 a 85 años de la ciudad de Nogoyá que no están institucionalizados, perciben un nivel más alto de calidad de vida en relación a aquellos que se encuentran institucionalizados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del Arte

En los siguientes párrafos, se expondrán distintas investigaciones que poseen relación con la temática estudiada. Las mismas aportaron una mayor profundidad al objeto de estudio.

Una investigación realizada por Gallardo-Peralta, Cordová Jorquera, Piña Morán y Urrutia Quiroz (2018) en Chile, tuvo como objetivo general conocer las diferencias del bienestar asociado a las condiciones de salud física y calidad de vida, en función de la variable género. La muestra estuvo compuesta por 777 personas mayores de entre 69 y 93 años mediante un muestreo estratificado por sexo, etnia y lugar de residencia. El tipo de estudio fue cuantitativo - transversal, los instrumentos utilizados para la valoración del bienestar en el envejecimiento fueron instrumentos de uso libre y en el caso de la percepción de la calidad de vida el cuestionario WHOQOL-BREF. Los resultados mostraron diferencias en el proceso de envejecer entre las mujeres y los hombres. En términos objetivos, los hombres envejecen mejor en su salud física, salud mental y seguridad económica, en cambio las mujeres obtienen mejores resultados en los aspectos subjetivos o de satisfacción con los diversos dominios de la calidad de vida.

Resulta relevante esta investigación, ya que explora puntualmente las diferencias en la percepción de la calidad de vida según sexo.

Otro de los trabajos presentados es el de Molina Sena, Meléndez Moral y Navarro Pardo (2008); estos autores realizaron una investigación en España sobre bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados, con una muestra total de 111 ancianos. Dicho estudio tuvo como objetivos, por un lado, comparar los aspectos cualitativos generadores de satisfacción e insatisfacción en población anciana

institucionalizada y no institucionalizada, por otro, analizar si existían diferencias en los factores de bienestar entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Para la obtención de los resultados cualitativos, realizaron un proceso de codificación abierta para fragmentar y reconstruir la información, de forma que se obtuvieron cinco categorías a partir de las unidades de análisis, las mismas fueron: aspectos relacionales, diferenciando los familiares de los sociales, aspectos valorativos y actitudinales.

Como principales resultados, destacaron el inferior nivel de satisfacción que tienen los ancianos institucionalizados en los aspectos relacionales de tipo social, así como la insatisfacción que les producen los aspectos relativos a la seguridad. Además, observaron que mientras en el bienestar psicológico no existen diferencias entre ambos grupos, los factores propios del bienestar subjetivo mostraron diferencias, siendo las puntuaciones de los ancianos no institucionalizados inferiores.

El hallazgo de esta investigación fue de gran significación, ya que está sumamente relacionado con la temática abordada en esta tesis, si bien las unidades de análisis no son las mismas, en rasgos generales estudia a la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no.

Maldonado Guzmán y Mendiola Infante (2009) realizaron un trabajo de investigación en México, el mismo tuvo como objetivos específicos determinar los niveles de calidad de vida (CV) en los adultos mayores, establecer la relación de la edad con la CV, evaluar la relación del género con la CV, explorar la CV y su relación con enfermedades crónicas y por último, describir los aspectos físicos, emocionales, sociales, socioeconómico y de autopercepción de la CV en los adultos mayores. Dicho trabajo fue descriptivo, transversal, la muestra, estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad; el instrumento utilizado para dicho fin, fue el MGI Calidad de Vida. Los resultados a los que arribaron, concluyeron que en la autopercepción de la CV en los adultos

mayores, se encontró el mayor porcentaje en el nivel “bajo” con 36,7%, seguido del nivel “medio” de CV con 33,3% y los valores inferiores correspondieron a los niveles “muy bajo” y “alto” con 20,0% y 10,0% respectivamente. Es por ello que, según este estudio, los adultos mayores de esta población presentaron baja CV. En cuanto a la relación de la edad con la CV, determinaron que los adultos mayores entre los 60 a 70 años presentan CV baja. En cuanto a la relación con el género, determinaron que las mujeres presentaron CV más alta que los hombres. En cuanto a la relación con enfermedades crónicas, concluyeron que las patologías crónicas no influyeron sobre la autopercepción de la CV. A su vez, señalaron que la mayoría de los adultos mayores presentaron un elevado nivel de autonomía para el cuidado personal y de independencia funcional. Por último, determinaron que el aspecto social es el que presentó mayor afectación.

Esta investigación es de gran relevancia para este trabajo, ya que estudia la variable calidad de vida en el mismo grupo etario, es decir, adultos mayores.

Herrera Cela y Mora Santacruz (2016) presentaron un trabajo de investigación en Quito, Ecuador; el mismo, se realizó con el objetivo de determinar la percepción de calidad de vida en relación con aspectos propios de la vejez y su relación con variables sociodemográficas en adultos mayores que asistían a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de Quito. Para dicho estudio, se incluyeron 249 pacientes. Se utilizó como instrumento el Whoqol-Old para medir datos sociodemográficos. Dicha investigación arribó a los siguientes resultados; por una parte, concluyeron que el 85% de los adultos mayores perciben su calidad de vida como buena y el 15% como medianamente buena. Determinaron a su vez, que existe una relación entre edad y calidad de vida, y entre edad y las dimensiones de calidad de vida, excepto la dimensión de conformidad con la muerte. En cuanto al sexo, concluyeron que los hombres puntúan mejor que las mujeres en las dimensiones de intimidad y conformidad

con la muerte, pero sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa. En relación al contexto, analizaron que los adultos mayores que viven con su familia (pareja o hijos) tienen mejor percepción de calidad de vida que los que viven solos, asimismo los adultos mayores separados, viudos y solteros tienen menor percepción de calidad de vida. Por otro lado, los resultados arribaron a que una mayor escolaridad se asocia con puntajes más altos en calidad de vida, sin significancia estadística.

Dicho estudio está relacionado con esta investigación en diferentes aspectos, en primer lugar, con los objetivos propuestos, ya que detalla la percepción de la calidad de vida en conformidad con el sexo, edad y estén o no institucionalizados. Por otro lado, con el instrumento utilizado, el whoqol, aunque en diferente versión.

Lecot (2016) presentó un trabajo de investigación en Buenos Aires, Argentina. El objetivo de este estudio fue explorar las relaciones entre la calidad de vida de dos grupos constituidos por 50 adultos mayores, un grupo participaba de los talleres dictados por UPAMI (programa Universidad para Adultos Mayores Integrados) en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y el segundo no era participante de ningún taller. Para tal propósito se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, comparativo y prospectivo. La muestra estuvo conformada por un 72% de mujeres y un 28% de varones mayores de 60 años. Ambos grupos estuvieron formados por 50 personas que debían poseer como criterio de inclusión sus capacidades cognitivas conservadas. Se utilizó como método una Encuesta Sociodemográfica, el cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-BREF y una breve encuesta acerca de los talleres de UPAMI. Los resultados indicaron que es mayor la calidad de vida de los adultos mayores que participaban de los talleres dictados por UPAMI que la de aquellos que no participaban de ningún taller.

Si bien esta investigación no está estrechamente relacionada con los objetivos de esta tesis, es positiva su exposición, ya que estudió a la calidad de vida en adultos mayores en diferentes contextos, con el mismo instrumento propuesto para este trabajo, el WHOQOL-BREF.

Otra de las investigaciones que se realizaron en Argentina, es la presentada por El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) en el año 2012; este estudio, tuvo como objetivo explorar la calidad de vida de adultos mayores de 60 años. Para ello, crearon una Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM), en la cual participaron 4.656 adultos mayores. Se exploraron diversas áreas, como ser, el manejo de tecnología, la sexualidad, enamoramiento, relación con el entorno, uso del tiempo libre, redes de apoyo, salud, memoria y satisfacción vital. Los resultados arribaron a diversas conclusiones; en cuanto a la actividad, el 74,5% respondió que realizaban actividades diariamente, el 60% de los entrevistados sostuvieron que su salud era buena, el 91,8% respondió que estaba satisfecho con su vida, el 74% de los encuestados percibían que su memoria era buena, y el 80% respondió que tenían una vida sexual activa. Dichos resultados dejaron entrever la errónea relación que existe entre vejez con aislamiento y pasividad, permitiendo brindar a su vez una nueva imagen de esta etapa (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012).

Este estudio es de gran significación para la investigación, ya que deja entrever como perciben la calidad de vida, a nivel nacional, los adultos mayores no institucionalizados.

Otra investigación realizada por Moyano (2016) en la ciudad de Córdoba, tuvo como objetivo indagar sobre la asociación existente entre las características ambientales de los centros geriátricos y el nivel de bienestar subjetivo de los residentes de los mismos. Para tal fin, se seleccionó una muestra no aleatoria conformada por un total de 139 adultos mayores de 65 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron Philadelphia Geriatric

Center Moral Scale (PGCMS), Cuestionario Factores Predictivos de Bienestar Subjetivo en Ancianos y Sistema de Evaluación de Residencias para Ancianos (SERA). En cuanto a los resultados, llegaron a la conclusión de que el vivir en residencias geriátricas no implica una pérdida sustancial de bienestar para los adultos mayores, ya que la diferencia de medias entre ambos grupos no resulta significativa. Así mismo, no se observó una diferencia significativa en el nivel de bienestar entre los adultos mayores que residen en centros geriátricos privados y aquellos que residen en el Centro Municipal.

Dicho estudio es relevante para esta investigación ya que, si bien el objetivo general no coincide con el expuesto aquí, el bienestar y el ambiente físico está estrechamente relacionado a la calidad de vida.

Una vez expuestas las diferentes investigaciones, se puede concluir que tanto la población de adultos mayores como la variable calidad de vida son temas que han generado interés a nivel nacional e internacional. Así mismo, dichos estudios, permitieron reconocer que existen hallazgos en cuanto a lo que se quiere estudiar en esta tesis.

2.2 Encuadre teórico

2.2.1 Denominación adultos mayores y vejez

En las siguientes líneas, se desarrollarán conceptos relacionados al proceso de envejecimiento y etapa de vejez, como así también a las personas portadoras de la misma, es decir, los adultos mayores. Al respecto, se explicitan algunas aclaraciones que aportarán una mayor comprensión a la temática.

En dicha investigación, se utilizará el término “vejez” para connotar al momento, a la etapa del curso vital como tal, y el término “adultos mayores”, para nombrar a las personas que atraviesan por esa etapa, teniendo en cuenta la decisión de la Organización

Panamericana de Salud en 1994 de emplear este término para designar a las personas mayores de 60 años. Al respecto, Ludi (2011), expresa que, existen otros términos para denominarlos, como ser, ancianidad, tercera edad, senilidad, adultos mayores, personas mayores, jubilados, añosos, gerontes, abuelos, entre otros. Estos modos de denominar, según Alvarado Garcia (2014), provienen de ideas, valores, creencias y expectativas, tanto de los adultos mayores, la familia e imaginarios sociales, como así también desde el paradigma científico del que deriven, pudiendo ser de la Medicina, Psicología, Sociología, etcétera.

Ludi (2011), por su parte, sostiene que es de fundamental importancia posicionarse en un modo de nombrar, ya que cada uno connota determinado significado y representación. Hay ciertos términos que, como menciona la autora, deberían evitarse, como ser el de “abuelo”, “abuelita”, ya que estos hacen referencia principalmente a un vínculo de parentesco, y correlacionan de una manera inequívoca a la vejez con la abuelidad.

2.2.2 Vejez

A nivel global, se vislumbra un aumento en el número y la proporción de adultos mayores; la OMS (2015) postula que entre el 2000 y 2050, la población mayor de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22%, produciéndose así un aumento de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos INDEC (2012), Argentina es el segundo país más envejecido de América, con el 13,4% de la población por encima de los 60 años. Este envejecimiento de la estructura poblacional, menciona Bazo (2014), es el resultado de los cambios operados en las sociedades contemporáneas, especialmente en aquellas más desarrolladas económicamente. Un dato interesante que aporta la autora es que en España se percibe un gran aumento del número de mujeres, éstas viven más que los hombres, pero llegando a

la vejez en peores condiciones de salud, económico y de convivencia debido a las diferencias biológicas y culturales que existen entre ambos géneros; entre estas diferencias, se hace mención al “deber familiar” asumido principalmente por las mujeres, el que implica como consecuencia menores tasas de empleo, de peor calidad, con menos derechos, y por eso menores ingresos económicos, siempre y especialmente en su vejez (Bazo, 2014); en cuanto a esto, Roqué (2015) expresa lo mismo, diciendo que en Argentina las mujeres viven más tiempo que los varones pero perciben peores condiciones en la vejez ya que, según la autora, las mismas presentan más enfermedades crónicas y discapacidades.

Respecto a la manera de definir la etapa de la vejez, han existido dificultades para delimitar el ingreso a la misma; esto se debe a que diversos autores se han basado en distintos aspectos para categorizarlo. Urrutia, Grasso y Guzmán (2009) expresan que no puede considerarse solo la edad para determinar el inicio a la vejez. Dichos autores, mencionan que este concepto se ha ido modificando a través del tiempo, y que cada sociedad ha establecido determinada manera de concebir a esta etapa, tomando en cuenta aspectos cronológicos, fisiológicos, psicológicos y socio-culturales.

Según Mishara y Riedel (2000), es posible interpretar a la vejez desde cuatro puntos de vista: el cronológico, psicobiológico, psicoafectivo y social.

Los autores, expresan que desde la edad cronológica, se fija a la vejez arbitrariamente a los 65 años, coincidiendo frecuentemente con el inicio de la jubilación. Desde la edad física y biológica, suele caracterizarse a la vejez con aquellos síntomas de envejecimiento físico, como ser, pérdida de fuerza, disminución de la coordinación y del dominio del cuerpo, entre otros.

A su vez, Mishara y Riedel (2000) hacen referencia a la edad psicológica y emotiva; dicha edad, estaría relacionada con los cambios psicológicos experimentados en la vejez. Los mismos, pueden dividirse en dos grupos; por un lado, los cambios cognitivos, aquellos que afectan la manera de pensar y las capacidades. Por otro, los cambios afectivos, que son los que influyen en la personalidad y las emociones.

La última edad presentada, es la edad social; según los autores, estaría relacionada con los roles y papeles que la sociedad espera y/o pretende que una persona desempeñe. Algunos de esos roles, con el aumento de la edad cronológica, suelen entrar en conflicto; como por ejemplo, cuando se adquiere el rol de jubilado.

2.2.2.1 Características de la vejez

La etapa de la vejez, está caracterizada por ser un período de grandes cambios: físicos, psicológicos y sociales.

En el plano físico, según Sanchez Salgado (1990), se produce una declinación gradual propia del envejecer, como así también, una pérdida de la habilidad física para resistir a enfermedades. Estas características tienen que ver con un envejecimiento primario normal, no obstante, Mishara y Riedel (2000) consideran que nadie envejece de la misma manera, debido a circunstancias y variaciones personales.

En relación a cuáles son los cambios físicos que predominan en esta etapa del ciclo de la vida, Mishara y Riedel (2000) los analizan desde la apariencia, estructura y funcionamiento del cuerpo. Los cambios en la apariencia están relacionados principalmente con aquellos aspectos externos y superficiales, como ser, modificaciones en el cabello y en la estatura. Los cambios estructurales son los que se generan a nivel metabólico y celular, como así también, aquellos que se producen en el sistema de los tejidos orgánicos y los huesos. En cuanto al funcionamiento del cuerpo, los autores hacen

mención a los cambios que se desarrollan en los sentidos (disminución de la vista y audición), a la lentificación en cuanto a los movimientos, como así también a las alteraciones que se producen en el sueño (disminución en la capacidad de dormir profundamente y la tendencia a despertarse más a menudo).

Por otro lado, esta etapa caracterizada por poseer grandes cambios en relación a lo social; según Rosow (1967, citado en Merchán Maroto y Cifuentes Cáceres, 2014), los adultos mayores están expuestos a una serie de situaciones a las que deben hacer frente, como ser, la pérdida del trabajo y la jubilación, la necesidad de buscar actividades y usos del tiempo libre, la demanda de cuidados específicos de salud y la necesidad de asumir modificaciones en la dinámica del grupo familiar, debido a la reorganización del tiempo y de las actividades o a las variaciones en el ciclo de vida de la familia (muerte de un cónyuge, abandono del hogar por parte de los hijos, etcétera).

Socialmente, la jubilación es uno de los principales cambios a los que debe adaptarse un adulto mayor, supone una connotación mucho más amplia que el fin del trabajo. Mishara y Riedel (2000) expresan que este acontecimiento provoca, en muchos casos, una pérdida de equilibrio, tanto para la persona que lo atraviesa como para su familia. Ante esto, Ramirez (2008) sostiene que en varias ocasiones se genera a consecuencia de la jubilación, una pérdida de identidad social y ausencia de un rol social, ya que al quedar fuera del círculo laboral “socialmente valorado”, los adultos mayores sienten que se pierde su identidad en la sociedad.

Resulta evidente destacar que no en todas las personas tiene la misma significación la jubilación; según Bueno y Buz (2006), esto difiere en relación a distintos aspectos, como ser el género, estado de salud, nivel educativo, tipo de profesión, estatus socio-económico, apoyo familiar y social.

Existen adultos mayores que, con el advenimiento de la jubilación, aprovechan el tiempo libre para realizar actividades de interés, siendo éstas de gran relevancia desde el punto de vista de Sirlin (2007), debido a los efectos físicos y mentales que generan. Hay quienes concurren a centros religiosos, voluntariados, reuniones con amigos, como así también a la realización de actividades físicas e intelectuales. Ante esto, la autora sostiene que es de gran importancia que los adultos mayores promuevan actividades culturales, sociales o productivas, ya que estimulan la participación activa, el sentirse útil e implicado socialmente, y por otro lado, ayudan a combatir posibles situaciones de soledad y aislamiento.

Otro rasgo distintivo de esta etapa, son los cambios que se producen en los procesos psicológicos cognoscitivos; ante esto, Dulcey Ruiz (2015) sostiene que los mismos no se deben simplemente a un aumento de edad, sino que están intrínsecamente relacionados con factores biológicos y aspectos contextuales, educación, interacción social, salud, experiencia previa, entre otros. Pese a las diferencias individuales, la autora sostiene que, en este periodo, algunos aspectos como la percepción visual, memoria a corto plazo, soluciones de problemas con presiones de tiempo, suelen ser más sensibles a la declinación, mientras que otros, como por ejemplo el lenguaje, tienden a ser más resistentes.

Por otro lado, los procesos psicológicos afectivo-emocionales también se ven afectados en este período como consecuencia de los acontecimientos que vive el adulto mayor.

Méndez (1979, citado en Griffa y Moreno, 2005) expresa que en esta etapa del ciclo vital, los adultos mayores atraviesan cuatro duelos, a los que el autor propone denominar pérdidas básicas en la vejez, ellos son:

- Duelo por el cuerpo potente: Dicho duelo se desencadena cuando se toma de conciencia de la declinación física.
- Duelo por su rol paternal: Se produce cuando dicho rol no puede ser desempeñado total o parcialmente por impedimentos físicos, psíquicos o sociales.
- Duelo por el rol social: Generalmente se desencadena por la jubilación, por la pérdida del rol laboral, profesional y económico.
- Duelo por la pérdida de relaciones objetales significativas: Se genera frecuentemente frente a la viudez y/o pérdida de familiares y amigos.

Por último, es de relevancia mencionar los aportes realizados por Erikson (2000) en relación a la Teoría del Desarrollo Psicosocial. Según el autor, el desarrollo Psicosocial conlleva la resolución de ocho conflictos básicos, cada uno de ellos específicos para una etapa vital y dicotómicos en dos posibles salidas: una básicamente sana o positiva, y otra salida patológica o negativa.

En el octavo y último estadio denominado “Integridad vs desesperación”, correspondiente a la adultez tardía o madurez, la tarea principal, según Erikson (2000), es lograr una integración de las resoluciones de conflictos de las etapas vitales anteriores, elaborar la proximidad de la propia muerte y de la limitación temporal que ésta implica. Bordignon (2005), tomando en cuenta los aportes de Erikson, caracteriza a la integridad como la aceptación de sí y de la historia personal; la integración emocional de la confianza y autonomía; la experiencia del amor universal como experiencia que resume la vida y el trabajo; y por último, como la convicción del propio estilo, la confianza en sí y en las nuevas generaciones.

Ante el fracaso en el logro de la integridad o cuando por alguna razón ésta se pierde, según Erikson (2000), se produciría la desesperación. Salvarezza (2002) menciona algunas de las razones por las que un sujeto puede fracasar en el logro de la integridad;

por perturbaciones más o menos severas a lo largo del ciclo vital o por la emergencia de alteraciones bruscas que adquieren la connotación de crisis.

Por último, Erikson (2000), expresa a la sabiduría como la virtud y fuerza sincrónica que se produce en esta etapa, este aspecto tiene que ver con la integridad que desarrollan los adultos, la capacidad de juicio maduro, la comprensión de significados de vida, y la forma en que experimentaron diversos aspectos de su vida.

2.2.2.2 Actitud y posicionamiento ante la vejez

Como se expresaba en líneas anteriores, los adultos mayores atraviesan innumerables cambios físicos, psicológicos y sociales, en donde es la persona quien, en la medida de sus posibilidades, decide cómo desea vivir esta etapa de la vida o, en otras palabras, cómo interpretar la vejez. Es aquí donde juega un papel importante la experiencia personal, los modos de percibir los acontecimientos, como así también la actitud propia ante los cambios que sobrevienen. Ésta última, en definitiva, es la que evalúa y marca el paso del tiempo.

Ante esto, Salvarezza (1988) expone que la actitud y manera de percibir, están determinadas por la historia personal, por las fantasías e ideología general que se tenga sobre la vejez, de sus causas y consecuencias, como así también por la manera de reflexionar sobre cuál es la mejor manera de comportarse frente a ella. No obstante a esto, las construcciones e ideologías sobre esta etapa vienen muchas veces arraigadas a pensamientos sociales en donde, como expresa Garcia Pintos (1993), prevalece un espíritu de “juventud”, de superficialidad y desvalorización de la vejez. Estas características dificultan en muchos adultos mayores el ingreso a esta etapa, ya que los mal predisponen emocional y afectivamente. Por otro lado, esto también se ve afectado por la generalización distorsionada de la vejez relacionada con declinación o decadencia.

Pero, a su vez, hay otros componentes que cobran importancia a la hora de atravesar esta etapa; según Ludi (2011), son las condiciones materiales y simbólicas, la idea de trascendencia y de sentido de la vida, las cuales, desde la perspectiva de la autora, predisponen a una “buena” vejez y a una “buena” vida.

Es por ello que hay adultos mayores que atraviesan esta etapa con prejuicios y de una manera negativa, pero a su vez, están aquellos que la recorren como una oportunidad de crecimiento, interpretándola como una más de las que se dan a lo largo del ciclo de la vida.

Al respecto de cómo enfrenta cada adulto mayor esta etapa, García Pintos (1993) desarrolló el concepto de “Círculo de la vejez” para referirse a aquellas manifestaciones vivenciales, actitudes y reacciones que se generan al momento de ingresar a la vejez.

Según el autor, tiene lugar en esta etapa un “síndrome general de adaptación”, que surge en respuesta a la crisis vital y anímica que representa el ingreso a la misma. Este fenómeno es considerado un síndrome en tanto presenta síntomas y signos, general porque se conmueven y reordenan todas las dimensiones de la persona, y de adaptación porque significa el paso hacia una nueva forma de vida.

2.2.3 Calidad de vida

Resulta de fundamental importancia definir otra de las variables expuestas en dicha investigación, la cual corresponde al concepto de calidad de vida.

Fernández Garrido (2009), postula que hay una diversidad de circunstancias que influyen en la calidad de vida, como ser, la satisfacción de las necesidades básicas vinculadas a la salud física y psíquica, como así también la satisfacción de otras necesidades relacionadas a los vínculos sociales, al entorno cultural y ambiental de la persona. Por lo tanto, a la hora de hablar de calidad de vida, se deben considerar tanto los factores personales, como también factores externos o socio- ambientales.

En relación a la definición propuesta anteriormente, puede decirse que el concepto de calidad de vida, está estrechamente relacionado a la satisfacción de las necesidades y el bienestar de la persona. En referencia a este punto, Giusti (1991), brinda su definición al concepto, interpretando a la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer sus necesidades individuales y colectivas.

Otro de los aspectos en los que se concuerda, es en que el concepto de calidad de vida contiene tanto componentes subjetivos como objetivos; dentro de los subjetivos, se incluyen la percepción, los valores, las aspiraciones y expectativas personales, y dentro de los objetivos, factores como el ambiente, la sociedad, la cultura, entre otros. En relación a esto, Gonzalez-Celis (2010) expresa que la perspectiva subjetiva hace referencia al bienestar o satisfacción con la vida, como así también a la felicidad y valoración que hace la persona de su calidad de vida. Por otra parte, el autor, considera que la objetividad estaría relacionada con aquellos componentes que hacen referencia a

las condiciones necesarias para una buena vida (servicios de salud, vivienda digna, recursos económicos, etcétera).

Por otro lado, La OMS (2002) en el Programa de Salud Mental, también brinda una definición del concepto en la que se contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos, afirmando que:

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (p.1)

Para el desarrollo de esta tesis, se tomó la definición de calidad de vida propuesta por la OMS y se operacionalizó dicha variable compleja desde los dominios propuestos por el WHOQOL-BREF (dominio de salud física, psicológica, medio ambiente y relaciones sociales). A través del mismo, se buscó arribar a los indicadores empíricos del concepto.

2.2.3.1 Calidad de vida en adultos mayores

Como se hacía mención en párrafos anteriores, el concepto de calidad de vida está intrínsecamente relacionado con la satisfacción de las necesidades, las cuales aportan un estado de bienestar y felicidad; pero no obstante a esto, es necesario acentuar que las necesidades son diversas en todas las etapas de la vida. En la vejez, según Ludi (2011), están relacionadas con factores como recursos económicos, salud general, relaciones familiares, apoyo y participación social.

Iglesias-Souto y Dosil (2005) comparten esta idea, consideran que en la vejez la calidad de vida adquiere determinados componentes, como ser la salud, implicación social, impresiones subjetivas, satisfacción vital y presencia de factores ambientales favorables.

Otra perspectiva que influye en la calidad de vida, es la percepción propia del adulto mayor sobre esta etapa; un óptimo atravesamiento sería considerar a dicho estadio de la vida como uno más de todos los que se dan en el ciclo vital, en el que se van a generar pérdidas, pero también ganancias. Gonzales-Celis (2010) reflexiona sobre este punto, aportando la idea de que la calidad de vida está relacionada al posicionamiento que mantienen los adultos mayores sobre este período, considerando de fundamental importancia una actitud positiva, estar activo física y mentalmente, mantener una alimentación saludable, como así también interacciones y apoyos sociales.

La variable salud, según Rivera Ledesma (2003, citado en González-Celis, 2010), es muy influyente en la percepción de bienestar de los adultos mayores, según el autor, los déficit de salud, en su mayoría, forman parte del principal problema a la hora de determinar su calidad de vida. Dada la relevancia de tal variable en el adulto mayor, es de fundamental importancia conocer la apreciación que una persona posee sobre su estado de salud física y psíquica, su funcionalidad, capacidades y limitaciones físicas.

Los aspectos psicológicos o mentales son otros de los factores significativos que influyen en su calidad de vida. En este punto, se consideran varios aspectos relacionados, entre ellos, el que menciona Gonzalez-Celis (2010), la actitud que los mismos tienen con respecto a su propio envejecimiento, como así también la valoración que hacen de sus capacidades y limitaciones. Otra característica a considerar, son los sentimientos que experimenta el adulto mayor, cuáles predominan y cómo los vivencia. Una variable que

afecta de manera negativa la calidad de vida de una persona son los sentimientos de soledad.

La perspectiva social, es otra de las variables determinantes en la calidad de vida del adulto mayor. Dentro de este punto se incluyen todo tipo de vínculos sociales, principalmente el grupo familiar, seguido por amigos, vecinos, etcétera. En relación a esto, Fernández, Clúa y Ramírez (2000) expresan que las relaciones interpersonales favorecen al aumento del bienestar, ya que le permiten crear al adulto mayor nuevas redes de apoyo, lo cual le ayuda a combatir el estrés y los efectos negativos que impregnan en muchas ocasiones esta etapa.

2.2.3.2 Componentes y evaluación de la calidad de vida

El concepto de calidad de vida está vinculado a un enfoque multidimensional, es decir, a la satisfacción de las necesidades básicas vinculadas a las diversas áreas que conforman a la persona. La valoración que la misma hace de su satisfacción, es lo que constituye su calidad de vida.

En relación a esto, Rueda (1997, citado en Zulaica y Rampoldi Aguilar, 2009) expone los ámbitos de interés para las personas, categorizándolos, lo que permite sistematizar y organizar el concepto de calidad de vida. Tal categoría comprende:

- Bienestar general de la persona: Esta categoría está comprendida por el bienestar interno (aspectos espirituales, psicológicos) y externo (trabajo, vivienda) de la persona.
- Bienestar ambiental: En este eje se hace alusión a los aspectos que están vinculados con el medio que rodea a la persona, condiciones del ambiente en donde vive, calidad de la alimentación, agua, etcétera.

- Bienestar psicosocial: Dentro de este punto se incluyen las relaciones interpersonales de la persona con su familia, amigos, compañeros de trabajo.
- Bienestar sociopolítico: Aspectos relacionados con la participación social, la seguridad personal y jurídica.

A lo largo del tiempo se han desarrollado varios instrumentos para evaluar la calidad de vida. Existen algunos aplicables para enfermedades y poblaciones específicas, como así también genéricos (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002).

Uno de los cuestionarios genéricos para evaluar la calidad de vida en adultos, es la escala de calidad de vida WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Questionnaire. El mismo, según WhoQolGroup (1993, citado en Badia y Alonso, 2007), está desarrollado de manera transcultural, centrándose en la calidad de vida percibida por la persona.

Dentro del mismo existen dos versiones: Whoqol-100 y Whoqol-Bref, estando ambos validados al español.

El “Whoqol-100” es una versión que está compuesta por 100 preguntas, evaluando la calidad de vida global y la salud general, toma en cuenta 6 dominios. En primer lugar, el Dominio Físico, el cual está relacionado a la salud física, como así también a la percepción que la persona tiene sobre su propio estado de salud. En dicha faceta se investiga el dolor y el disconfort, indagando a través de preguntas las sensaciones físicas displacenteras que refiere la persona y de qué manera interfieren en su vida cotidiana. Así mismo, indaga sobre la energía, la fatiga, el sueño y el descanso. En segundo lugar, el Dominio Psicológico, referido a la percepción que posee la persona sobre la propia vida psíquica y los sentimientos, aquí se exploran los sentimientos positivos; pensamiento,

memoria, aprendizaje, concentración; Autoestima; Imagen corporal y apariencia; por último, los sentimientos negativos. El tercer dominio explorado, es el Dominio Independencia, este punto hace alusión a la capacidad que posee la persona para realizar actividades por sí mismo, son preguntas destinadas a conocer la movilidad, actividades de la vida diaria, la dependencia a medicamentos y/o tratamientos, como así también la capacidad de trabajar. El cuarto dominio, el Social, hace alusión a la percepción individual de los vínculos interpersonales y los roles sociales, explorando las relaciones personales, el soporte social y la actividad sexual. En el quinto lugar, se encuentra el Dominio Ambiente, esta faceta está relacionada con el medio que rodea a la persona, los recursos materiales y económicos que tiene a su alcance, la salud, asistencia social y seguridad. Por otro lado, también se toma en cuenta en este dominio a las posibilidades que el ambiente le brinda a la persona para capacitarse, poseer la información necesaria, llevar a cabo actividades de interés, etcétera. El último de los dominios, es el Dominio Espiritual, religión o creencias personales, en este ítem, se toma en cuenta la experiencia religiosa de la persona, la importancia que le da y el modo en el que condiciona su calidad de vida (Ludi, 2011).

La otra versión, el “Whoqol-bref”, es más reducido y más rápido a la hora de evaluar, pero posee la desventaja de no contemplar las facetas individuales de cada área. El mismo contiene veintiséis preguntas, comprende una pregunta de cada una de las veinticuatro facetas que se describieron anteriormente, dos de ellas son globales acerca de la calidad de vida y la salud general y veinticuatro de ellas generan un perfil de calidad de vida. Toma en cuenta solo cuatro áreas; salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, aportando un perfil de la calidad de vida en relación a las mismas (Badía y Alonso, 2007).

2.2.4 Instituciones e institucionalización

Resulta pertinente, en primer lugar, definir el concepto de institución como tal. Fairchild (1949, citado en Bleger, 1994) aduce que la misma es una organización de carácter público o semipúblico, la cual implica tener un equipo directivo y además contar con una infraestructura adecuada, para así cumplir con el objetivo de ser útil a un fin comprobado socialmente. Dentro de estas instituciones se encuentran los asilos, universidades, orfanatos, hospitales, etcétera.

Ulloa (1969), por su parte, señala que una institución es una organización social, en donde existe un organismo con un espacio propio, una ordenación del tiempo y de las responsabilidades, con objetivos y medios adecuados para alcanzarlos, regulados por un código y normas explícitas o implícitas.

A raíz de lo anteriormente expuesto, podría decirse que existen diversos tipos de instituciones, distinguiéndose cada una, como expresa De Andrea y Ferrero (2011), en función de sus objetivos, alcance jurisdiccional, como así también de acuerdo a los integrantes que la conforman. Pero no obstante a esto, todas comparten la perspectiva de satisfacer necesidades específicas.

Burgess (citado en Young, 1953) plantea que existen instituciones culturales básicas, compuestas por la familia, la iglesia y la escuela; instituciones recreativas, dentro de las cuales se encuentran los teatros, cines y campos de juegos; por último hace alusión a las instituciones de control social formal, en donde se incluyen a las agencias de servicios sociales y gubernamentales.

Young (1953), por su parte, agrega a las instituciones de comunicación, en donde se hallan las agencias de transporte, servicio social, periódicos, etcétera. El autor también añade a las instituciones sanitarias, encontrándose aquí hospitales, clínicas, hogares, asilos y residencias.

2.2.4.1 Residencias Gerontológicas

Dentro de las instituciones sanitarias planteadas por Young (1953) se encuentran, entre otras, las Residencias Gerontológicas; la (ley N°14263, 2011) define a las mismas de la siguiente manera:

Institución gestión pública o privada que tenga por finalidad brindar alojamiento, alimentación, higiene, recreación activa o pasiva, atención médica y en general toda acción que haga al bienestar físico y psíquico de las personas adultas mayores desde los sesenta y cinco (65) años de edad, en las formas y condiciones que establezca la Autoridad de Aplicación. (p. 1)

Estos establecimientos, como expresa De los Reyes (2007), están destinados a la institucionalización de larga estadía para adultos mayores tanto dependientes como semi dependientes.

En la actualidad, menciona Ludi (2011), existen diferentes organizaciones institucionales dedicadas a la atención de adultos mayores, algunas son de carácter público-estatales (de dependencia nacional, provincial, municipal); otras público-sociales (asociaciones, fundaciones, privadas de bien público y sin fines de lucro) y otras son privadas (con fines de lucro). Las últimas, agrega la autora, fueron pensadas desde un modelo médico, constituyéndose en su mayoría por adultos mayores de sectores socioeconómicos medios, medios-altos y altos. Las mismas se caracterizan por poseer un mayor confort, pero casi siempre el clima organizacional es más frío y la cultura institucional es menos permeable.

Por otro lado, continúa Ludi (2011), en las organizaciones públicas, si bien son más dependientes de la política social, hay un menor control de los residentes, éstos generalmente no tienen vínculos con su familia. En este tipo de instituciones hay menores condiciones de habitabilidad, pero habitualmente un clima más cálido.

Independientemente de su carácter, todas comparten un fin específico: beneficiar a una persona en cuestión. Ya sea, como considera Fernández Garrido (2009), supliendo la falta de apoyo familiar, mejorando su condición frente a una enfermedad, brindándole seguridad económica-social, como así también suministrando medios necesarios para garantizar una adecuada supervivencia en situación de riesgo para una persona.

Goffman (1970), por su parte, propone el concepto de instituciones totales para referirse a los asilos, residencias y hogares. El autor, explica que estos lugares están destinados a individuos que permanecen aislados de la sociedad por un período de tiempo. Dichas residencias, se caracterizan por desarrollar todas las dimensiones de la vida en un mismo lugar y bajo una única autoridad, ejecutándose todas las actividades cotidianas en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Por otro lado, en estos lugares, según Goffman (1970), las actividades cotidianas están programadas, de modo que las mismas se realizan en un momento determinado, integrándose en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr los objetivos de la propia institución.

Estas características particulares, hacen que la incorporación de una persona a una institución implique determinados cambios y rupturas, como ser; convivir con personas que no son sus familiares, abandonar su hogar, modificar sus tareas, hábitos, entre otros.

Como expresa Ludi (2011), implica acostumbrarse a que en un mismo lugar se desarrollen todos los aspectos de la vida y se hagan en compañía de “otros” con quienes

comparten las mismas cosas. Por otro lado, en relación a esto, Suarez y Gonzales (2005) manifiestan que este traslado resulta física y emocionalmente arduo para la persona, ya que implica una ruptura de sus vínculos con la gente, objetos y lugares.

2.2.4.2 Institucionalización en residencias gerontológicas: Adaptación y efectos.

El término “Institucionalización”, según García Alcaraz (2003), hace referencia al proceso de habituación que realizan las personas a un lugar. Dicho proceso, continúa el autor, se considera producto y resultado de la acción de los sujetos, se dice que es resultado, en tanto se produce mediante habituaciones que gozan de cierta aceptación, y es producto, porque al ser aceptada la actividad, se reglamenta y se reproduce bajo normas (explícitas o implícitas) que rigen el funcionamiento de un campo determinado de la actividad social.

En otras palabras, la institucionalización, refiere a la práctica que implica el ingreso a un espacio de cuidado.

Los motivos que lleven a un adulto mayor a una institucionalización pueden ser variados, Salvarezza (1998) menciona que la enfermedad crónica, la discapacidad funcional y la soledad son los disparadores más comunes que impulsan a que el adulto mayor abandone su domicilio.

Por otro lado, Ludi (2011), expresa otras de las razones y/o situaciones que llevan a la institucionalización, las mismas pueden ser; discapacidad física y/o psicopatológica, que requiera de cuidados en forma permanente; situación de "abandono" social, familiar, psicológico, y/o maltrato y abusos; auto-institucionalización de adultos mayores, generalmente por motivos de tipo psicológico/emocional (soledad, relaciones familiares negativas, vínculos dañados, miedo a morir abandonado, sentimiento de representar una molestia, una carga para los demás) o por motivos de tipo sociológico (falta de vivienda, falta de servicios médicos, escasos ingresos, ausencia de grupo familiar o inconveniencia

de éste para integrarlo a su hábitat); otras de las razones puede ser que la familia no pueda integrarlos en su hogar, no pueda darle respuesta y contención a sus necesidades, pero sí lo hacen desde una residencia gerontológica.

No obstante a la situación, o si es una decisión consensuada o no, el momento de un traslado a una residencia gerontológica resulta totalmente arduo, Guevara-Peña (2016) sostiene que el proceso de adaptación suele ser algo dificultoso, ya sea por los imaginarios y percepciones generalmente negativos que se tienen de estos lugares o por el cambio que implica el aislarse de la familia y de la cotidianidad.

Baldwin, Harris y Kelly (1993, citado en Leturia Arrazola, 1999) expresan que no existe un único proceso de adaptación a la institución. Los autores destacan que existen diferencias en relación a aspectos como la capacidad psicofísica y autonomía del adulto mayor, como así también según exista padecimiento o no de un deterioro cognitivo u otra patología. A su vez, cobran especial relevancia características propias del adulto mayor, como su capacidad de afrontamiento a situaciones nuevas, la personalidad, estado de salud, etcétera. Como puede observarse, la adaptación a una residencia gerontológica, puede ser variada, dependiendo de cada persona y situación específica. Existen adultos mayores en los cuales se desarrolla una adaptación óptima o por el contrario, casos en los que tiene lugar el Síndrome de Adaptación al Geriátrico (S.A.G) postulado por Matusevich y Szulik (1997). El mismo se caracteriza por un conjunto de síntomas psiquiátricos que se presentan en algunos casos con anterioridad o a partir de la institucionalización propiamente dicha. Tales síntomas pueden ser nuevos o una exacerbación de síntomas preexistentes.

Al respecto, Tobin (1989, citado en Riquelme, 1997) hace referencia al “síndrome del primer mes” para manifestar el proceso de adaptación de algunos adultos mayores, exponiendo que muchos cuando recién se incorporan a una residencia experimentan un

proceso confusional, otros se deprimen, presentan comportamientos extravagantes, e incluso entran en una dinámica de progresivo deterioro. Por otro lado, el autor agrega que luego de estos síntomas, algunos residentes logran una incorporación, recuperando su nivel funcional, mientras que otros continúan un progresivo deterioro.

Los efectos de la institucionalización varían en cada persona debido a su situación particular. Ludi (2011) refiere que hay quienes la viven como un encierro, convirtiéndose en un cumplimiento rígido de normas, en una pérdida de autonomía y un estancamiento sobre la realización personal. Pero también están aquellos residentes que la vivencian de otra manera, mostrando, como expresa Leturia Arrazola (1999), una mejoría en su estado, en sus relaciones familiares, entre otras.

Dicho proceso no se dará de igual manera para aquel adulto mayor que está en buenas condiciones de salud, que cuenta con apoyo afectivo, social y económico, que para aquel, que, como postula Leturia Arrazola (1999), llega a situaciones de aislamiento, soledad, falta de cuidado o pobreza, en donde la residencia consiste en su única ayuda. No obstante a cómo perciben o vivencian la residencia gerontológica, el autor, postula que de lo que sí hay evidencia, es del efecto de dependencia que la misma genera, dando como resultado una disminución en la capacidad de autodeterminación, de control sobre su vida y comportamientos.

Por otro lado, Gaviria (2003, citado en Cifuentes Reyes, 2005) plantea una serie de efectos que produce la institucionalización en los adultos mayores, a saber:

- Adaptación: En esta fase podrían considerarse comportamientos relacionados a la aceptación de la dinámica de la institución, es decir, a las reglas que debe cumplir. En muchas ocasiones resulta difícil, ya que debe aceptar normas que no son propias, sino impuestas.

- Aceptar pasivamente la dinámica relacional: Implica adecuarse a las diferentes características de las personas que se encuentran viviendo en la misma residencia. No obstante, en muchas ocasiones esto no suele darse fácilmente debido a la heterogeneidad de cada persona, su personalidad, individualidad e historia.
- Resignación: Muchos adultos mayores suelen manifestar este comportamiento debido a que no tienen otra opción de tipo de vida.
- Simular transformar y transformarse en una relación más proyectista: Esto hace referencia a que el hecho de convivir con personas que tengan semejanzas, traerá aparejado con el tiempo la construcción de lazos beneficiosos para una buena convivencia.
- Evadirse o anularse: Algunos adultos mayores manifiestan comportamientos relacionados al descontento por el lugar en el que viven, se retraen y no desean sociabilizar con los demás compañeros. Perciben el lugar como extraño y desconocido, lo cual lleva a que se produzca una evasión a la situación que está viviendo.

2.2.4.3 Calidad de vida en las residencias gerontológicas

El pasar a ser parte de una residencia gerontológica, marca una transformación en el adulto mayor, en la que inevitablemente debe reestructurar ciertas características y costumbres. Salvarezza (1998) considera que el ingreso a una residencia supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil de elaborar. Pero esta tarea no es solo por parte de quien se incorpora a la institución, sino que también, de las propias residencias y familias que deben prepararse y formarse para responder estas demandas.

La institución debe estar atenta a las necesidades propias del adulto mayor, tomando en cuenta, como menciona Guevara-Peña (2016), que muchas veces este no siente gusto

por estar en dicho espacio, debido a la separación que se genera con la familia, con sus vínculos, sumado a la sensación de abandono y múltiples sentimientos negativos que se desencadenan.

Es por ello que Leturia Arrazola (1999) postula que las residencias gerontológicas deben establecer medidas destinadas a preservar la intimidad, libertad y autonomía, evitando la sensación de ruptura y aislamiento. Fomentando características ambientales más parecidas a las de su hogar.

Las residencias gerontológicas como tal, deben regirse por la resolución 612/2015 de la Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. La misma, regula las Residencias de larga estadía y la protección de los derechos humanos de los adultos mayores, establece, a su vez, que en todas las residencias deben respetarse y garantizarse diferentes aspectos como: la atención centrada en la persona, en sus capacidades y deseos, como así también, revestir un carácter integral (satisfacción de las necesidades físicas, materiales biológicos, emocionales, sociales, laborales) (Roqué, Fassio, Arias y Croas, 2015).

Como principio general y destacado, se debe tener en cuenta la dignidad de las personas en toda circunstancia, con pleno respeto de su individualidad y de sus necesidades personales. Se debe procurar, además, el respeto por sus derechos a la privacidad, confidencialidad, autonomía, información, participación, derecho a la planificación y diseño de actividades, derecho a la integridad, por último y muy esencial, derecho a contar con la infraestructura, mobiliario y equipo adecuado, así como con los recursos humanos necesarios. Además, contar con el derecho a recibir asistencia oportuna y eficaz a quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad. (Roqué *et al.*, 2015)

Ante esto, y tomando en cuenta los derechos propiamente del adulto mayor, es que Leturia Arrazola (1999) expresa que en las residencias gerontológicas se debe trabajar, a

nivel personal, con una valoración continua, seguimiento y apoyo personalizado, y a nivel organizacional, fomentando al personal para actuar de manera interdisciplinaria, como así también creando un clima social propicio, implicando recursos sanitarios, comunitarios, entre otros.

CAPÍTULO III
MARCO
METODOLÓGICO

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

Con el objetivo de indagar acerca de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, en la presente investigación se utilizó un diseño cuantitativo; respecto al tipo de diseño, la investigación fue descriptiva-comparativa, ya que se pretendió esclarecer características de la muestra y, a su vez, comparar la calidad de vida de los adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados.

Dicha investigación siguió un diseño no experimental debido a que no se manipuló la variable independiente, sino que sólo se la controló, ya que previamente ha actuado sobre la variable dependiente.

Según el tiempo, la investigación fue de corte transversal, ya que se relacionaron las diferentes variables en un tiempo único y en una población determinada.

El tipo de fuente que se utilizó para obtener los datos fue de campo, ya que se obtuvo información con la toma de datos empíricos y testimonios de los actores por medio de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.

3.2 Muestra

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Nogoyá, Entre Ríos. El tipo de muestreo fue intencional no probabilístico, ya que la selección de la muestra fue por conveniencia, interviniendo las investigadoras en la búsqueda de adultos mayores entre 70 a 85 años de edad que no se encontraban institucionalizados y adultos mayores dentro de ese mismo rango de edad institucionalizados.

La muestra estuvo compuesta por un total de 40 adultos mayores, 20 de ellos institucionalizados y 20 no institucionalizados.

Los criterios de inclusión para los adultos mayores institucionalizados fueron los siguientes:

- Rango de edad entre 70 a 85 años.
- Varones y mujeres.
- Adultos mayores institucionalizados en las Residencias Gerontológicas colectivas de larga estadía de la ciudad: “Asilo Hogar Vivanco”, Asilo “Los abuelos” y en la Pensión “Santa Teresita”.
- Que habiten en la ciudad de Nogoyá.

Los criterios de inclusión para los adultos mayores no institucionalizados fueron:

- Rango de edad entre 70 a 85 años.
- Varones y mujeres.
- Que habiten en la ciudad de Nogoyá.

3.2.1 Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 40 adultos mayores, 20 de ellos institucionalizados y 20 no institucionalizados, el 37,5% correspondía al sexo masculino y 62,5% restante al sexo femenino, como se aprecia en el gráfico 1.

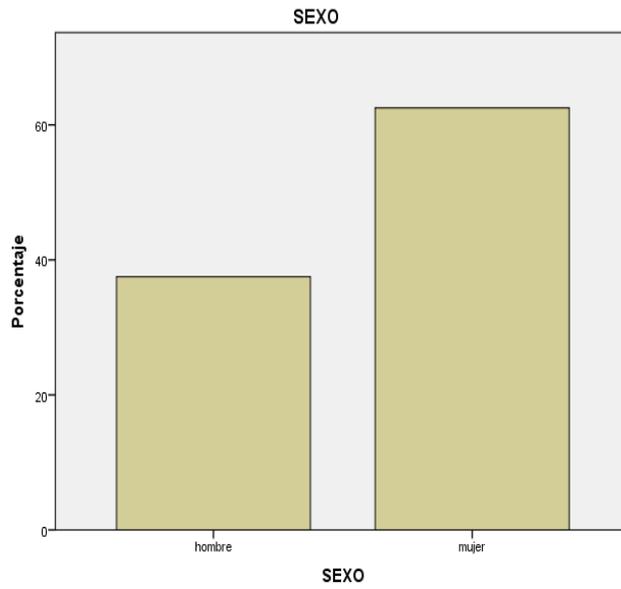


Gráfico 1. Sexo de los adultos mayores.

En relación a la edad, los adultos mayores se encontraban dentro del rango de edad de 70 a 85 años, una media ME= 78,73; DS=3,56 con la distribución que se observa en el Gráfico 2.

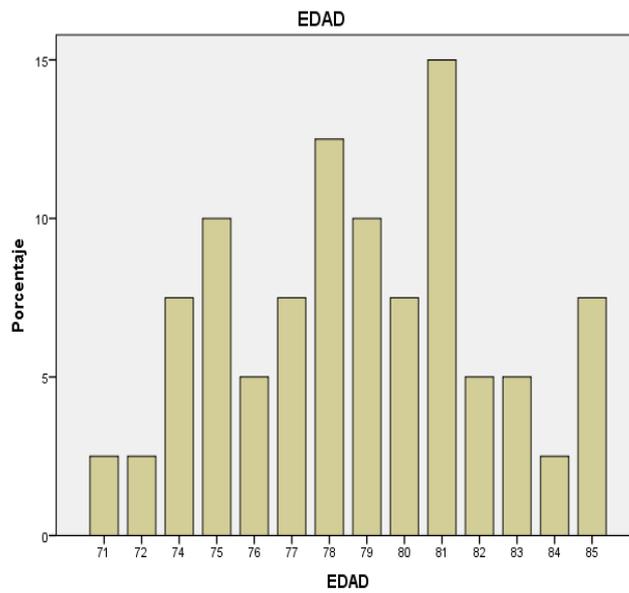


Gráfico 2. Edades de los adultos mayores.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Dado que se ha operacionalizado el concepto de calidad de vida desde los dominios propuestos por el WHOQOL-BREF, a continuación se procederá a la descripción de los instrumentos.

Para la recolección de datos cuantitativos se utilizó la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, versión adaptada por Murgieri (2009). Este instrumento fue desarrollado por la OMS (2004, citado en Espinoza, Osorio, Torrejón, Carrasco y Bunout, 2011) para medir la calidad de vida percibida por la persona, mediante una escala de tipo Likert organizada en 5 opciones de respuestas, que van de 1 (Nada) a 5 (Totalmente). Contiene veintiséis preguntas, dos son globales acerca de la calidad de vida y la salud general, y veinticuatro de ellas generan un perfil de Calidad de Vida. Toma en cuenta cuatro áreas; salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. La escala no presenta un punto de corte, y se interpreta entendiendo que, a mayor puntaje, existe mayor Calidad de Vida (Badia y Alonso, 2007).

Existen validadas al español las dos versiones del WHOQOL: el WHOQOL – 100 y el WHOQOL- BREEF.

Dicha Escala, fue diseñada para ser usada tanto en la población general como en pacientes. La misma posee una validez discriminante de contenido y fiabilidad test-retest buenas. Según Espinoza, Osorio, Torrejón, Carrasco y Bunout (2011) es muy confiable, ya que se obtuvo un alpha de Cronbach de 0,88 para el cuestionario total y, para cada una de las preguntas, entre 0,87- 0,88. En referencia a los resultados de consistencia interna según dimensiones también se obtienen valores mayores a 0,7. La mayor correlación ítem-test se encontró en la dimensión psicológica, que al eliminarla del cuestionario provocaba la mayor disminución de la consistencia interna.

La OMS (1993), para demostrar su validez, realizó una comparación entre la versión WHOQOL-100 y la WHOQOL- BREF a una muestra de 558 sujetos (pacientes ambulatorios, población general, pacientes esquizofrénicos y cuidadores de pacientes esquizofrénicos), a partir de la cual las puntuaciones de las áreas producidas por el WHOQOL-BREF mostraron correlaciones de alrededor de 0,90 con las puntuaciones del WHOQOL-100. También mostraron una validez discriminante, de contenido y fiabilidad test-retest buenas.

Por otro lado, se aplicó un cuestionario demográfico sobre sexo, edad, etc.

3.4 Procedimientos de recolección de datos

En primera instancia, se concurrió a las Residencias Gerontológicas mencionadas anteriormente. Luego, se seleccionaron los adultos mayores que cumplían los requisitos para la investigación, se comunicó y expresó los fines de la investigación y, al aceptar formar parte de la misma, se les solicitó a los participantes que firmaran un consentimiento informado (adjuntado en anexos) con el fin de garantizar la expresa voluntad de participar en la investigación y resguardar la identidad (anonimato y confidencialidad).

Una vez aceptadas las condiciones previstas, se procedió a la administración del instrumento elegido: la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y el test demográfico.

En cuanto a los adultos mayores no institucionalizados, se eligió a aquellos que también cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. Se concurrió a sus hogares y se llevaron a cabo los mismos procedimientos que los institucionalizados.

3.5 Procedimientos de análisis de datos

Para el tratamiento y análisis de datos cuantitativos se utilizó el programa estadístico "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) versión 22 para sacar estadísticos descriptivos (porcentajes, medias, etc.) e inferenciales (comparaciones de medias y correlaciones de Pearson).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Percepción de la calidad de vida desde los dominios propuestos por el WHOQOL-BREF en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

El primer objetivo específico de este trabajo de investigación fue describir la percepción de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados mediante la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.

A continuación, se presentan los datos obtenidos con respecto a la percepción de la calidad de vida del total de sujetos de la muestra ($N=40$), discriminando a su vez por dominios.

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de la percepción de calidad de vida global y dominios en el total de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.*

Dominios	Media	DS	Mín.	Máx.
Salud física	3,17	0,42	2,29	3,86
Salud psicológica	3,12	0,49	2,13	4,25
Relaciones sociales	3,43	0,67	1,83	4,67
Medio ambiente	3,02	0,75	1,40	4,80
Calidad de Vida Global	3,18	0,47	2,15	4,23

Se aprecian en la tabla anterior los valores de calidad de vida y subdimensiones a nivel general de la muestra, con mejor desempeño en el dominio *Relaciones Sociales* y puntajes más bajo en *Medio Ambiente*.

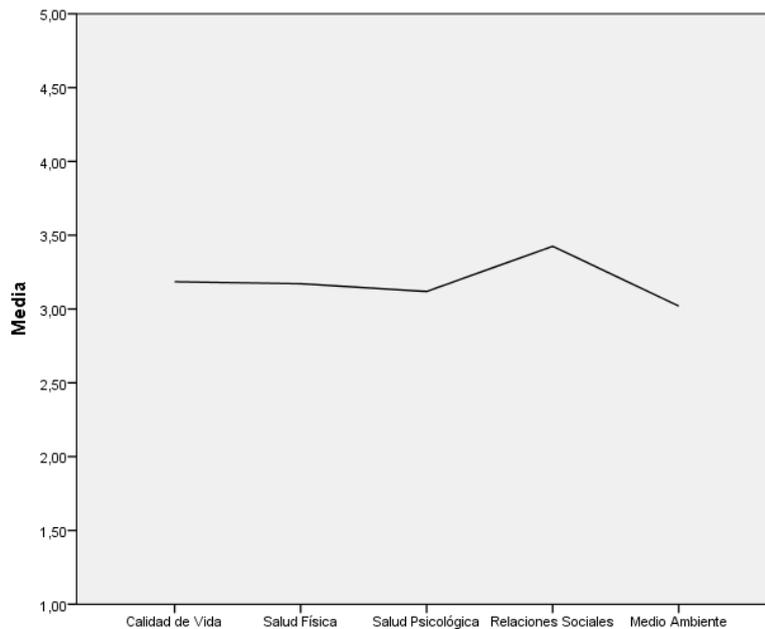


Gráfico 3. Valores medios de calidad de vida global y dominios en el total de la muestra de adultos mayores.

4.2 Percepción de la calidad de vida en los adultos mayores por sexo, edad y estén o no institucionalizados.

Con respecto a la primera parte del segundo objetivo específico, el cual era determinar si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por sexo, en la tabla 2, la prueba T de Student indica que, si bien las mujeres registran medias levemente superiores en todos los dominios y Calidad de Vida Global, no hay diferencias significativas evaluado a un valor probabilístico de $p < 0,05$.

Tabla 2. Comparación de la percepción de los dominios de calidad de vida en adultos mayores en relación al sexo.

Dominios	Hombre		Mujer		Sig
	Media	DS	Media	DS	
Salud física	3,09	0,47	3,22	0,38	0,322
Salud psicológica	3,06	0,48	3,16	0,49	0,549
Relaciones sociales	3,38	0,59	3,45	0,72	0,733
Medio ambiente	2,81	0,71	3,14	0,79	0,179
Calidad de Vida Global	3,09	0,48	3,24	0,47	0,344

En relación a la segunda parte del segundo objetivo específico, el cual era determinar si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por edad, la tabla 4 presenta los coeficientes de correlación R de Pearson que surgieron de verificar si existía relación entre percepción de calidad vida y edad. Se encontró que los coeficientes muestran correlaciones negativas denotando que a mayor edad se perciben menores valores en la escala de calidad de vida en algunos dominios y en el puntaje global de la escala, pero estas correlaciones no fueron significativas en términos estadísticos evaluando un valor de $p=0,05$.

Tabla 3. *Correlación de la percepción de calidad de vida en adultos mayores en relación a la edad.*

Dimensiones	Edad	
	Correlación de Pearson	Sig.
Salud física	0,0138	0,395
Salud psicológica	-0,077	0,636
Relaciones sociales	-0,186	0,251
Medio ambiente	0,071	0,661
Calidad de Vida Global	-,030	0,854

Con respecto a la tercera parte del segundo objetivo específico, el cual era determinar si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por estar o no institucionalizados, observando la tabla 2, puede apreciarse que todas las medias de las 4 dimensiones de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y el puntaje de la Calidad de Vida Global son superiores en aquellos adultos mayores que no se encuentran institucionalizados, esto lleva a la conclusión de que perciben mejor calidad de vida en relación a los institucionalizados, observándose una diferencia significativa al valor $p < 0,05$ en el dominio de *salud física* y una diferencia significativa al valor $p < 0,01$ en los dominios de *calidad de vida global* y dominios *salud psicológica* y *medio ambiente*, sin encontrar diferencia significativa en el dominio de *relaciones sociales* que se mantiene similar en ambos grupos.

Tabla 4. Comparación de la percepción de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Dominios	Institucionalizados		No institucionalizados		Sig
	ME	DS	Me	DS	
Salud física	2,96	0,46	3,38	0,23	0,010
Salud psicológica	2,84	0,40	3,39	0,40	0,000
Relaciones sociales	3,21	0,77	3,64	0,46	0,038
Medio ambiente	2,57	0,66	3,47	0,54	0,000
Calidad de Vida Global	2,91	0,32	3,46	0,44	0,000

En el gráfico 4 y 5, a continuación pueden observarse las medias a nivel global de la calidad de vida y desagregados cada dominio en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

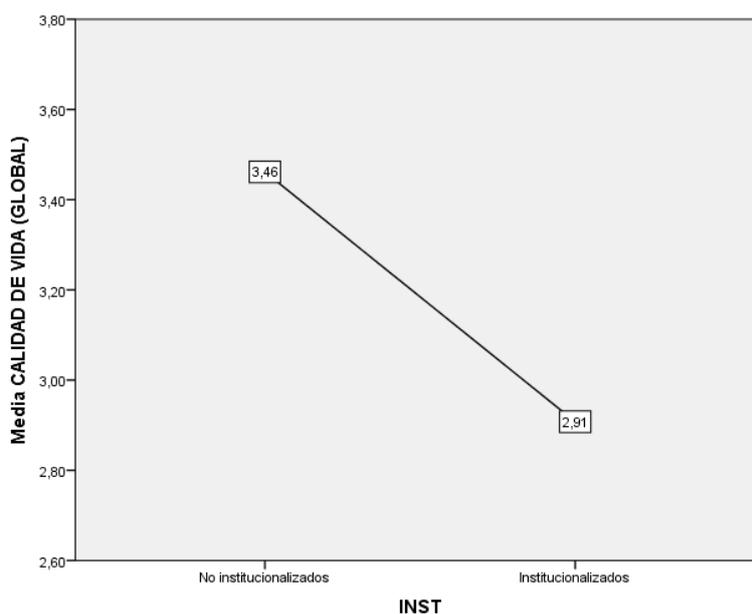


Gráfico 4. Valores medios de calidad de vida global en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

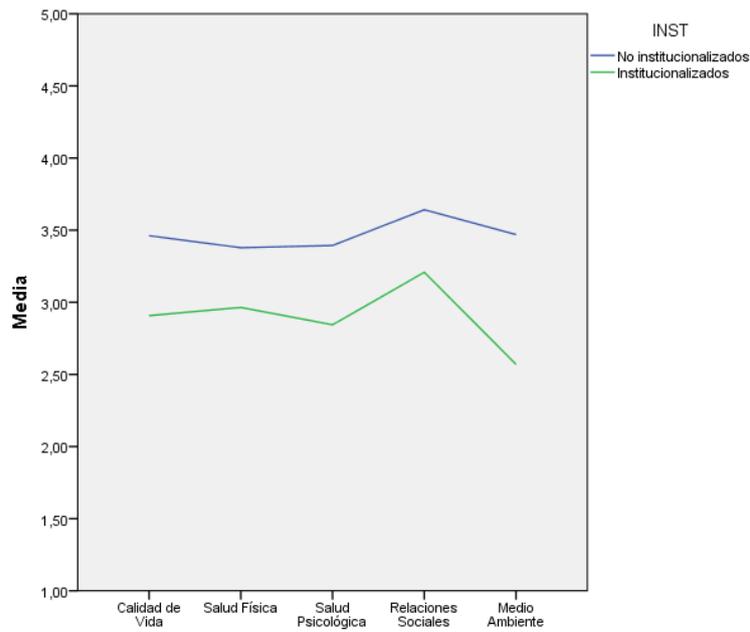


Gráfico 5. Valores medios de dominios de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Las mayores diferencias se encontraron en los dominios *Medio Ambiente* (0,90 puntos), *Salud Psicológica* y *Calidad de Vida Global* (0,55 puntos) a favor de los adultos mayores no institucionalizados tal como resultaron más significativas según la tabla 2.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN,

CONCLUSIONES,

LIMITACIONES Y

RECOMENDACIONES.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

El propósito de esta investigación se centró en explorar la calidad de vida de los adultos mayores entre 70 a 85 años de la ciudad de Nogoyá. Para ello, se tomó como referencia la definición de calidad de vida propuesta por la OMS (2002), la cual la define como la percepción que posee una persona acerca de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, sistema de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes.

Como se evidencia, en dicha investigación hubo un predominio del sexo femenino (62,5%) sobre el sexo masculino (37,5%), estas características sociodemográficas se relacionan con investigaciones previas realizadas en adultos mayores, como por ejemplo la de Perez (2016) donde predomina el sexo femenino, como así también la de Lecot (2016), donde la muestra estuvo conformada por un 72% de mujeres y un 28% de varones.

Acorde al primer objetivo específico, el cual consistía en describir la percepción de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, los datos obtenidos con respecto a la percepción de la calidad de vida del total de la muestra, es decir ($N=40$), permitieron visualizar que los puntajes de la *Calidad de Vida Global* y de los dominios estudiados, propuestos por la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, a saber: *Salud Física*, *Salud Psicológica*, *Relaciones Sociales* y *Medio Ambiente* fueron superiores a los 3 puntos, lo que significaría una calidad de vida “buena”, según el instrumento, encontrándose el puntaje más bajo (3,02) en el dominio *Medio Ambiente* y destacándose por su mejor desempeño (3,43 puntos) el dominio de *Relaciones Sociales*.

En términos generales, puede traerse a colación y decir que se encontraron resultados similares con el estudio realizado por Lecot (2016), en donde determinó que el 85% de los 249 adultos mayores evaluados percibieron una calidad de vida buena y el 15% medianamente buena, ninguno percibiéndola como mala. Al contrario de la investigación de Maldonado Guzmán y Mendiola Infante (2009), donde concluyeron que los adultos mayores entre los 60 a 70 años percibieron una calidad de vida baja, así mismo otra de las discrepancias que se encontraron con este estudio fue que las relaciones sociales son el dominio que mayor afectación sufrieron, no así como en esta investigación, donde dicho dominio fue el que obtuvo mejor puntaje.

Los resultados obtenidos en este aspecto, permiten comprobar lo que expresa Gonzales-Celis (2010), que pese a los diversos cambios morfológicos, psíquicos y sociales que tiene que atravesar el adulto mayor en esta etapa, la calidad de vida está relacionada principalmente con el posicionamiento y la percepción que mantienen los adultos mayores sobre este período, mantener una actitud positiva, estar activo física y mentalmente, mantener una alimentación saludable, como así también interacciones y apoyos sociales.

En relación al segundo objetivo específico de este trabajo de investigación, el cual era determinar si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por sexo, edad y estar o no institucionalizados. En primer lugar, los resultados del presente estudio mostraron que no hay diferencias significativas por sexo, aunque las mujeres registraron medias levemente superiores en todos los casos, lo que se corresponde con el estudio presentado por Herrera Cela y Mora Santacruz (2016) quienes mediante el uso del WHOQOL-OLD, no encontraron una diferencia estadísticamente significativa entre sexo y calidad de vida; así mismo, también se encontraron concordancias con la investigación de Maldonado Guzmán y Mendiola Infante (2009), donde se observó que tampoco hay

diferencias significativas entre dichas variables, pero sí, como en esta investigación, un predominio del género femenino en los niveles de calidad de vida global en relación al sexo masculino. Por otro lado, es de destacar las similitudes y diferencias encontradas en la investigación de Gallardo-Peralta, Cordová Jorquera, Piña Morán y Urrutia Quiroz (2018) en Chile, quienes utilizando el mismo instrumento de este estudio, arribaron que los hombres poseen resultados más positivos en el dominio salud física y salud psicológica, no así como en esta investigación; pero, se compartieron los datos de que las mujeres en los dominios relaciones sociales y medio ambiente obtuvieron mejores puntajes.

Con respecto a la segunda parte de este objetivo, determinar si la percepción de calidad de vida varía por edad, los coeficientes de correlación R de Pearson mostraron correlaciones negativas lógicas de autoperibirse que a medida que aumenta la edad se disminuye la percepción de calidad de vida, pero ninguna de manera significativa en términos estadísticos. Estos resultados permiten decir que, según los datos en esta muestra, las variables calidad de vida y edad no se encuentran relacionadas entre sí de manera determinante en la percepción de los adultos mayores. Los resultados hallados en este aspecto, no se relacionan con otros estudios encontrados, como por ejemplo, la investigación realizada por Herrera Cela y Mora Santacruz (2016), donde encontraron una relación significativa entre estas dos variables, pero ante esto, debe tenerse en cuenta que la investigación se realizó en Quito, teniendo otro contexto socio-cultural; en otro estudio realizado en México por Maldonado Guzmán y Mendiola Infante (2009), utilizando el Instrumento MGI Calidad de Vida, también se encontró una asociación estadísticamente significativa en este aspecto, el nivel de CV con mayor porcentaje correspondió al nivel bajo con 36.6% en los grupos de edad de 60 a 65 años (20%) y 66 a 70 años (13%) respectivamente.

Es de destacar que estos resultados encontrados en relación al sexo y edad, no permitieron corroborar el primer supuesto de este trabajo de investigación, en donde se sostenía que existen diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida según sexo y edad, expresando que los varones presentan mayor calidad de vida que las mujeres, como así también que a mayor edad se percibe una peor calidad de vida.

Tomando en cuenta la última parte del segundo objetivo específico, si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por estar o no institucionalizados, mediante la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF se pudo arribar a las siguientes conclusiones; como se vio reflejado en los resultados, las medias de las 4 dimensiones de la escala y el puntaje de la Calidad de Vida Global son superiores en aquellos adultos mayores que no se encuentran institucionalizados. A raíz de esto, puede decirse que los adultos mayores no institucionalizados perciben mejor calidad de vida en relación a los institucionalizados, observándose mayores diferencias en los dominios *Medio Ambiente* (0,90 puntos), *Salud Psicológica* y *Calidad de Vida Global* (0,55 puntos) a favor de los adultos mayores no institucionalizados, sin haber diferencias significativas en relación al dominio *Relaciones Sociales*.

Dado que los adultos mayores en condición de institucionalización perciben menor calidad de vida en relación a los que habitan en su hogar, es fundamental volver a hacer alusión a lo expresado por Leturia Arrazola (1999) en cuanto a la necesidad de que en las residencias gerontológicas se fomenten características ambientales parecidas a las del hogar, estableciendo medidas destinadas a preservar la intimidad, libertad y autonomía, evitando la sensación de ruptura y aislamiento que se generan al ingresar a una institución, ya que, como postula Suarez y Gonzales (2005) el ingreso a una residencia gerontológica, resulta física y emocionalmente arduo para la persona, ya que implica una ruptura de sus vínculos con la gente, objetos y lugares.

Respecto a los resultados encontrados en este aspecto, puede traerse a colación la investigación realizada por Molina Sena, Meléndez Moral y Navarro Pardo (2008), los autores determinaron que la dimensión de relaciones sociales es claramente superior, con una diferencia significativa en los adultos mayores no institucionalizados, expresando así mismo que los adultos mayores que se encuentran en una institución, poseen un alto porcentaje de insatisfacción en este aspecto, este resultado no concuerda con lo hallado en este trabajo de investigación, en donde quedó demostrado que en ambos grupos de acuerdo a este dominio, se mostraron puntajes dentro del promedio “bueno”, sin haber diferencias significativas entre los adultos mayores institucionalizados y no. Otro de los resultados que no concuerdan con los obtenidos en esta investigación es el relacionado al bienestar psicológico, llamado aquí salud psicológica, según el estudio de (Molina Sena *et al.*, 2008), no existen diferencias significativas entre ambos grupos, siendo que aquí se encontró una diferencia significativa en este aspecto a favor de los no institucionalizados. Por otro lado, se encontraron resultados similares en cuanto al dominio medio ambiente, ya que se comparten los datos de que los adultos mayores institucionalizados poseen un alto grado de insatisfacción en esta dimensión, este resultado puede deberse a lo que genera el estar dentro de una institución, como señala Guevara-Peña (2016), a veces los adultos mayores no sienten gusto por estar en dicho espacio, debido a la separación que se genera con la familia, con sus vínculos, sumado a la sensación de abandono y múltiples sentimientos negativos que se desencadenan.

Estos datos obtenidos permitieron verificar la segunda hipótesis propuesta en dicha investigación, en relación a que los adultos mayores entre 70 a 85 años de la ciudad de Nogoyá que no están institucionalizados perciben un nivel más alto de calidad de vida en relación a aquellos que sí se encuentran institucionalizados. Sin embargo, estos resultados deben ser tomados con cautela por la muestra intencional y pequeña.

5.2 Conclusiones

La presente investigación abordó el tema percepción de calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá. Los resultados obtenidos permitieron derivar a las siguientes conclusiones; en cuanto a las hipótesis planteadas, se ha encontrado que una de ellas se comprueba, la cual sostenía que los adultos mayores entre 70 a 85 años de la ciudad de Nogoyá que no están institucionalizados, perciben un nivel más alto de calidad de vida en relación a aquellos que si se encuentran institucionalizados. Pero, el supuesto que sostenía que los varones presentan mayor calidad de vida que las mujeres no se pudo comprobar, como así tampoco que a mayor edad se produce un mayor deterioro de la calidad de vida.

- I. En relación al primer objetivo específico de describir la percepción de calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, de la muestra total ($N=40$), se obtuvieron puntajes de la *Calidad de Vida Global* y de los dominios estudiados, propuestos por la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF , a saber: *Salud Física*, *Salud Psicológica*, *Relaciones Sociales* y *Medio Ambiente* superiores a los 3 puntos, lo que significaría una calidad de vida “buena”, según el instrumento, destacándose por su mejor desempeño (3,43 puntos) el dominio de *Relaciones Sociales* y encontrándose el puntaje más bajo ((3,02) en el dominio *Medio Ambiente*.
- II. En concordancia al segundo objetivo específico, el cual consistía en determinar si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por sexo, edad y estar o no institucionalizados. Se puede decir que, con respecto al sexo, el análisis multivariado de varianza demostró que si bien las mujeres registraron medias levemente superiores en todos los casos, no hay diferencias significativas entre ambos sexos. En relación a la segunda parte del objetivo específico, determinar si

la percepción de la calidad de vida varía por edad, los coeficientes de correlación R de Pearson mostraron correlaciones negativas, denotando que a mayor edad se perciben menores valores en la escala de calidad de vida, aunque estas correlaciones no fueron significativas en términos estadísticos evaluando un valor de $p=0,05$. En cuanto a si varía la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores según estar o no institucionalizados, se determinó que acorde a los dominios propuestos por la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, se destaca que los adultos mayores no institucionalizados perciben mayor calidad de vida en relación a los adultos mayores institucionalizados, observándose mayores diferencias en los dominios *Medio Ambiente*, *Salud Psicológica* y *Calidad de Vida Global*, sin haber diferencias significativas en relación al dominio *Relaciones Sociales*.

5.3 Limitaciones de la investigación

En cuanto a las limitaciones encontradas en este trabajo de investigación cabe destacar las siguientes; en primer lugar, el tamaño de la muestra, la misma fue de un total de 40 adultos mayores. Si bien sirvió para poder brindar una descripción y comparación de la percepción de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no, hubiera sido fructífero una muestra más amplia. Por otro lado, en cuanto al muestreo intencional, y teniendo en cuenta parte del segundo objetivo específico el cual era determinar si la percepción de la calidad de vida varía según sexo, se encontró la limitación de que el mayor porcentaje de los adultos mayores seleccionados eran mujeres 62,5%, más de la mitad, y solo un 37,5% correspondía al sexo masculino, hubiera sido conveniente determinar la muestra en iguales cantidades en uno y otro género, para así poder tener un análisis más exhaustivo en cuanto a las diferencias.

Otra limitación que surgió, fue el tiempo de la investigación de corte transversal que se utilizó, si bien se relacionaron las diferentes variables en un tiempo único y en una población determinada, el mismo, no permitió comprobar si hubo cambios en relación a la percepción de la calidad de vida o poder indicar si era causa de determinadas circunstancias del momento.

A su vez, es de destacar las limitaciones que se encontraron en relación a la técnica de recolección de datos utilizada, es decir, la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Si bien para el objetivo de explorar si había diferencias significativas en cuanto a la percepción de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados sirvió el instrumento elegido, las limitaciones se encontraron en que la escala da respuestas extremas, no presenta un punto de corte, no brinda una evaluación y descripción exhaustiva de las dimensiones estudiadas, tampoco estudia el total de la definición propuesta por la OMS, como por ejemplo, el sistema de valores, objetivos e inquietudes de las personas; por último, cabe destacar que este instrumento al ser autoadministrable, presenta muchas limitaciones, como el sesgo en las respuestas, la deseabilidad social o dar respuestas extremas. También es una gran limitación el autoinforme en poblaciones como los adultos mayores con dificultades en la visión o motoras –incluso a muchos se les debió leer el test-.

5.4 Recomendaciones

Los resultados encontrados junto a las limitaciones que surgieron a lo largo del proceso de esta investigación, permiten sugerir ciertas recomendaciones para próximos estudios sobre estas temáticas o variables similares; en primer lugar, incrementar la muestra, para así poder obtener datos más certeros en cuanto a las diferencias en la percepción de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no

institucionalizados. Sería conveniente a su vez, incorporar otras técnicas que aseguren la descripción y/o profundidad de las variables estudiadas, como por ejemplo entrevistas y observaciones.

También, sería interesante realizar la misma investigación pero en un estudio de tipo longitudinal, en donde se pueda observar si la percepción de la calidad de vida varía acorde a determinadas circunstancias en un período prolongado de tiempo.

Por otro lado, se cree necesario una mayor recurrencia a las instituciones visitadas (siempre y cuando las autoridades de la misma lo permitan), ya que de esta manera se podría obtener otro vínculo con los adultos mayores y consecuentemente un contenido más rico en información, tanto de éstos como del lugar en el que habitan. A su vez se podrían realizar algunas entrevistas con las autoridades del lugar, solicitar antecedentes de las personas entrevistadas ya que, como se dijo anteriormente, según cómo vivió su vida el adulto mayor, va a depender en gran parte, como va a ser su calidad de vida actualmente y en los próximos años. En el caso de los adultos no institucionalizados, se podrían realizar entrevistas con los cuidadores (si lo hubiera) o familiares, y al igual que en los institucionalizados, conocer aspectos físicos del lugar en donde viven, ya que esto influye en como vivencia el adulto mayor esta etapa.

Para concluir, se sugiere continuar investigando dicha temática, principalmente a la población adultos mayores. Es de relevancia estudiar sobre esta etapa de la vida teniendo en cuenta el gran aumento de la esperanza de vida que se ha generado y el auge que tiene este interés para la comunidad científica. Como profesionales en formación, se considera que es de suma importancia incorporar información y programas específicos que constituyan a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Revista Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Badia, X. y Alonso, J. (2007). *La medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español*. Recuperado de <https://www.fundacionlilly.com/es/actividades/biblioteca/listado-de-libros/la-medida-de-la-salud-guia-de-escalas-de-medicion-en-espaniol-segunda-edicion.aspx>
- Bazo, M. T. (2014). Las diferencias por género como condicionantes del envejecimiento. *Medica panamericana*. Recuperado de <http://blog.medicapanamericana.com/las-diferencias-por-genero-como-condicionantes-del-envejecimiento/>
- Bleger, J. (1994). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Bueno, B. y Buz, J. (2006). Jubilación y tiempo libre en la vejez. *Portal mayores*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51861>
- Cifuentes Reyes, P. (2005). *Adulto mayor institucionalizado* (tesis de grado). Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/176/tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De Andrea, N. G. y Ferrero, A. (2011). *Clasificación de las instituciones de la psicología desde tres puntos de vista: objetivos, alcance jurisdiccional y tipo de afiliación*. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-052/17>.
- De Los Reyes, M. C. (2007). *Familia y Geriátricos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial espacio.

Dirección General de Estadística y Censos de la ciudad de Buenos Aires. (2009). *Encuesta anual de hogares*. Recuperado de: <https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Dulcey Ruiz, E (2015). *Envejecimiento y vejez: Categorías y conceptos*. Recuperado de: <https://issuu.com/siglodelhombre/docs/eli00000/6>

Fernandez Garrido, J. J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba* (tesis de grado). Universidad de Valencia, España.

Fernández, N., Clúa, A., Báez, R., y Ramírez, M. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General*, 16(1), 6-12. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000100002&script=sci_arttext&tlng=en

García Alcaraz, M.G. (2003) *La participación de los padres de familia en educación, siglos XIX y XX*. Recuperado de: http://biblioweb.tic.unam.mx/diccionario/htm/articulos/sec_9.htm.

García Pintos, C. C. (1993). *El círculo de la vejez. Sobre la psicología normal de la persona que envejece*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Almagesto.

Giusti, L. (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa.

Goffman, E. (1970). *Ritual de la interacción*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Tiempo Contemporáneo.

González-Celis Rangel, A. L. (2010). *Calidad de vida en el adulto mayor*. Recuperado de http://pactemospaz.utsem-morelos.edu.mx/files/librosdocentesydirectivos/adultos_mayores/Calidad%20de%20Vida%20Adulto%20Mayor.pdf

Griffa, M. y Moreno, E. (2005). *Claves para una psicología del desarrollo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar.

Guevara-Peña, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Unilibre Cali*, 12(1), 138-151. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a10.pdf>

Herrera Cela, C. B. y Mora Santacruz, J. H. (2016). Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario whoqol- old en adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor de quito (Trabajo de grado). Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12575>

Ibarra Gallo, C. C. y García Arboleda, J. N. (2018). Bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del Municipio de Rionegro (Trabajo de grado). Recuperado de <http://200.24.17.74:8080/jspui/handle/fcsh/1430>

Iglesias-Souto, P. M. y Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. *Revista española de geriatría y gerontología*, 40(2), 67-134. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/journal/revista-espanola-de-geriatria-y-gerontologia/vol/40/issue/2?fbclid=IwAR2kjJl1jrXXT0G8InWZFTS2cy2nWS8F4zWtSdLNp1tK3_MeBTlxpPMoojs

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores*. Recuperado de: <http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>.

Kléver Paredes, B. (2007). Conocimiento científico es prioritario en el envejecimiento. *El telégrafo*. Recuperado de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra/1/conocimiento-cientifico-es-prioritario-en-el-envejecimiento>.

Lecot, J. (2016). Calidad de vida en adultos mayores de Capital Federal que participan de los talleres de UPAMI (Trabajo de grado). Recuperado de

<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4080/Lecot.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Leturia Arrázola, F. J. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 34(2), 105-112. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672>

Ley N°14263. Poder legislativo de la provincia de buenos aires, 15 de Julio de 2011.

López Lena, M. y Sánchez-Sosa, J.J (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud mental*, 24(1), 19-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212404.pdf?fbclid=IwAR3PTTssnlGRWg6x-qRCzFCz3BeXDqo0qBTKKOUgjTyYaK4MCrcCpntSJ0k>

Ludi, M. C. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos. *Revista Cátedra paralela*, 8(1), 33-47. Recuperado de http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00100f001t1.pdf

Maldonado Guzmán, G. y Mendiola Infante, S. (2009). *Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores* (Tesis de grado). Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.pdf>

Merchán Maroto, E. y Cifuentes Cáceres, R. (2014). *Teorías psicosociales del envejecimiento* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

Mishara, B.L. y Riedel R.G. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Madrid, España: Editorial Morata, S. L.

Molina Sena, C., Melendez Moral, J. C. y Navarro Pardo, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/167/16711589014/>

Moyano, N. (2016). Bienestar subjetivo en adultos mayores residentes de centros geriátricos (Tesis de grado). Recuperado de <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/10592/Bienestarsubjetivoenancianosresidentesdegeri%C3%A1tricos.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR28oCOpVLkKZ9qhfrR7yMxbPfccWPSKIADp2hCFUIo16UPOfh8RA50dxvI>

Programa de Salud Mental. WHOQOL Calidad de Vida. División de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud.

Ramirez, M. N. (2008). *Calidad de vida en la tercera edad. ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno?* (Tesis de grado). Recuperado de [https://www.academia.edu/4655967/Calidad de vida en la tercera edad](https://www.academia.edu/4655967/Calidad_de_vida_en_la_tercera_edad)

Riquelme, A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico*. Recuperado de <http://barclayslounge.co.uk/gratis/311549-descargar-antonio-riquelme-pdf.html>

Rodríguez Feijoo, N. (2006). *Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos*. Recuperado de <https://www.academica.org/000-039/420>

Roqué, M., Fassio, A., Arias, C., y Croas, R. (2015). *Residencias de Larga Estadia para Adultos Mayores en Argentina*. Recuperado de http://www.algec.org/biblioteca/RESIDENCIAS_LARGA-ESTADIA.pdf

Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos aires, Argentina: Editorial Paidós.

Salvarezza, L. (1998). *La vejez una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Sánchez Salgado, C. D. (1990). *Trabajo Social Y Vejez*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Humanitas.

- Sirlin, C. (2006). *La jubilación como situación de cambio: La preparación para la jubilación como acción estratégica para su abordaje*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/276761556/La-Jubilacion-Como-Situacion-de-Cambio-c-Sirlin>
- Suarez, F. y Gonzales, N. (2005). *Cultura institucional y Estrategias Gerontológica*. Mar del Plata, Argentina: Editorial Suarez.
- Ulloa, F. (1969). Psicología de las instituciones: una aproximación psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis*, 26(1) 5-37. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/institucional/vitale/ulloa%20-%20PSICOLOGIA%20DE%20LAS%20INSTITUCIONES%20UNA%20APROXIMACION%20PSICOANALITICA..pdf>
- Urrutia, A., Grasso, L. y Guzmán, E. (2009). Construcción y validación de un instrumento multivariable para la evaluación de Calidad de Vida en ancianos. *Revista evaluar*, 9(1), 54-71. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/464>
- Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Revista Salud Pública de México*, 7(1), 103-124. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67922583008.pdf>
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
- Young, P. (1953). *Métodos científicos de investigación social; introducción a los fundamentos, contenido, método y análisis de las investigaciones sociales*. México, México: Editorial Imprenta Universitaria.
- Zulaica, L. y Rampoldi Aguilar, R. (2009). Habitabilidad y calidad de vida en tres barrios del límite urbano-rural de la ciudad de Mar del Plata. *Revista académica*

Hologramática, 10(1), 27-58. Recuperado de
http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/587/hologramatica_n10_vol1pp27_58.pdf

ANEXOS

ANEXOS

A. INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS

Cuestionario WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día Mes Año

¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

¿Cuál es su estado civil? Soltero /a Separado/a Casado/a Divorciado/a En pareja Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____

_____ Enfermedad/Problema

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/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

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:

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

		insatisfecho			satisfecho	satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier	1	2	3	4	5

	tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen					

	referencia a “cuanto totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tiene la	1	2	3	4	5

	información que necesita en su vida diaria?					
1 4	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1 5	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “¿cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos					

	semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1 6	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
1 7	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
1 8	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
1 9	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
2 0	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones	1	2	3	4	5

	personales?					
2 1	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
2 2	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
2 3	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
2 4	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
2 5	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
	La siguiente pregunta hace					

	referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
2 6	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

B. MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO



Consentimiento informado

Acepto participar voluntariamente en la investigación sobre “*Calidad de vida en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, entre 70 a 85 años de la ciudad de Nogoyá*”, realizada por Paula Galizzi y Tatiana Celeiro, de la Universidad Católica Argentina para acceder al título de Lic. En Psicología.

Accedo a completar los cuestionarios que forman parte del estudio, actividad que requerirá aproximadamente 30 minutos de mi tiempo.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado y he entendido que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree prejuicio alguno para mi persona.

Acepto que los resultados del estudio, sean publicados estando garantizado que la información a difundir sea anónima, por lo que mi identidad se mantendrá siempre en reserva.

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

FECHA: _____

NOTA PARA INSTITUCIONES



Pontificia Universidad Católica Argentina
Santa María de los Buenos Aires

Facultad "Teresa de Ávila"

Nogoyá, ----/----/----

Sres.

Autoridades

Presente

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Vs. a efectos de solicitarles tengan a bien permitirnos la posibilidad de realizar actividades académicas, en esa Institución, para el trabajo final de tesis. Dichas actividades consisten en: (indicar instrumento usado para recolectar los datos, describir el mismo)-----

La dirección del mismo está a cargo de -----
-----, lleva como título “-----

-----” y corresponde a la carrera de -----
----- que se dicta en esta Facultad.-

Esta solicitud cuenta con el aval de
la Directora de Carrera, Lic. Paula Nesa y del Director/a del trabajo final, quienes firman
al pie, de conformidad.-

Esperando que el pedido tenga una acogida favorable, le
saludamos cordialmente.-

Firma y aclaración del alumno
alumno N° de legajo

Firma y aclaración del
N° de legajo

C. SALIDAS ESTADISTICAS (SPSS)

```
GET DATA /TYPE=XLSX
  /FILE='C:\Users\user\Downloads\EXCEL PARA PROCESAR DATOS EN SPSS.xlsx'
  /SHEET=name 'Hojal'
  /CELLRANGE=full
  /READNAMES=on
  /ASSUMEDSTRWIDTH=32767.
EXECUTE.
DATASET NAME ConjuntoDatos1 WINDOW=FRONT.
FRECUENCIAS VARIABLES=INST SEXO EDAD ESTUDIOS E.C ENFERMO ¿Cuál
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frecuencias

[ConjuntoDatos1]

Estadísticos

		INST	SEXO	EDAD	ESTUDIOS	E.C	ENFERMO	¿Cuál?
N	Válido	40	40	40	40	40	40	40
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0

Tabla de frecuencia

INST

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	20	50,0	50,0	50,0
	2	20	50,0	50,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	15	37,5	37,5	37,5
	2	25	62,5	62,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	71	1	2,5	2,5	2,5

72	1	2,5	2,5	5,0
74	3	7,5	7,5	12,5
75	4	10,0	10,0	22,5
76	2	5,0	5,0	27,5
77	3	7,5	7,5	35,0
78	5	12,5	12,5	47,5
79	4	10,0	10,0	57,5
80	3	7,5	7,5	65,0
81	6	15,0	15,0	80,0
82	2	5,0	5,0	85,0
83	2	5,0	5,0	90,0
84	1	2,5	2,5	92,5
85	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

ESTUDIOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	8	20,0	20,0	20,0
2	17	42,5	42,5	62,5
3	11	27,5	27,5	90,0
4	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

E.C

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	8	20,0	20,0	20,0
2	2	5,0	5,0	25,0
3	2	5,0	5,0	30,0
5	4	10,0	10,0	40,0
6	24	60,0	60,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

ENFERMO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	17	42,5	42,5	42,5
2	23	57,5	57,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

¿Cuál?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	25	62,5	62,5	62,5
1	3	7,5	7,5	70,0
3	2	5,0	5,0	75,0
4	2	5,0	5,0	80,0
5	2	5,0	5,0	85,0
6	6	15,0	15,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

FRECUENCIES VARIABLES=SEXO EDAD
 /BARCHART PERCENT
 /ORDER=ANALYSIS.

Frecuencias

Estadísticos

		SEXO	EDAD
N	Válido	40	40
	Perdidos	0	0

Tabla de frecuencia

SEXO

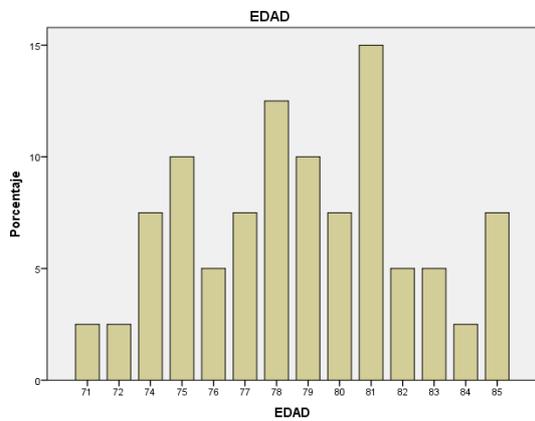
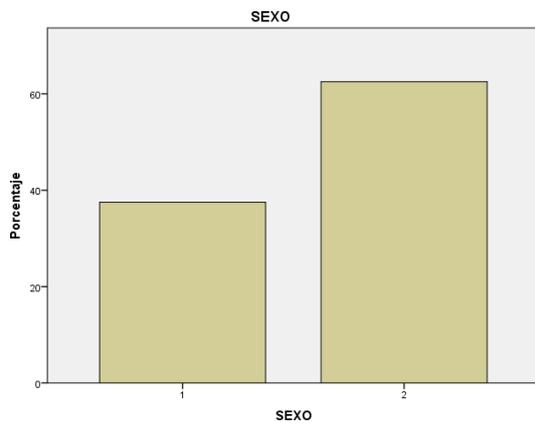
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	15	37,5	37,5	37,5
2	25	62,5	62,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 71	1	2,5	2,5	2,5
72	1	2,5	2,5	5,0
74	3	7,5	7,5	12,5
75	4	10,0	10,0	22,5
76	2	5,0	5,0	27,5
77	3	7,5	7,5	35,0
78	5	12,5	12,5	47,5
79	4	10,0	10,0	57,5
80	3	7,5	7,5	65,0

81	6	15,0	15,0	80,0
82	2	5,0	5,0	85,0
83	2	5,0	5,0	90,0
84	1	2,5	2,5	92,5
85	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Gráfico de barras



```
DESCRIPTIVES VARIABLES=EDAD
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	40	71	85	78,73	3,559

N válido (por lista)	40			
----------------------	----	--	--	--

```
FRECUENCIES VARIABLES=SEXO
/BARCHART PERCENT
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frecuencias

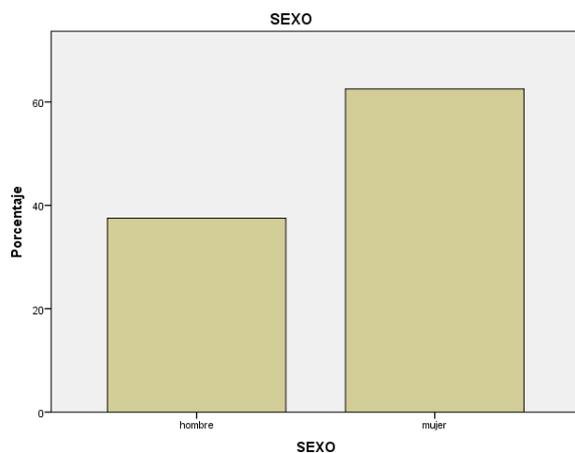
Estadísticos

SEXO

N	Válido	40
	Perdidos	0

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hombre	15	37,5	37,5	37,5
	mujer	25	62,5	62,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	



RESULTADOS

```
FRECUENCIES VARIABLES=B1 B2 B3 B4 B5 B6 B7 B8 B9 B10 B11 B12 B13 B14 B15
B16 B17 B18 B19 B20 B21
B22 B23 B24 B25 B26
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
COMPUTE sfisica=(B2 + B3 +B4 + B9 + B10 + B15 + B16) / 7.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE spsicolog=(B1 + B5 +B6 + B7 + B8 + B11 + B19 + B26) / 8.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE ssocial=(B20 + B21 +B22 + B23 + B24 + B25) / 6.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE sambiente=(B12 + B13 +B14 + B17 + B18) / 5.
```

```
EXECUTE.
CORRELATIONS
/VARIABLES=sfisica spsicolog ssocial sambiente
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

Correlaciones

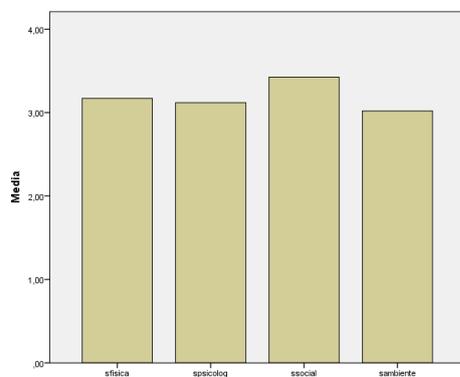
```
DESCRIPTIVES VARIABLES=sfisica spsicolog ssocial sambiente
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptivos

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
sfisica	40	2,29	3,86	3,1714	,41831
spsicolog	40	2,13	4,25	3,1188	,48532
ssocial	40	1,83	4,67	3,4250	,66554
sambiente	40	1,40	4,80	3,0200	,74806
N válido (por lista)	40				

```
GRAPH
/BAR(SIMPLE)=MEAN(sfisica) MEAN(spsicolog) MEAN(ssocial)
MEAN(sambiente)
/MISSING=LISTWISE.
```

Gráfico



```
T-TEST GROUPS=INST(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=sfisica spsicolog ssocial sambiente
/CRITERIA=CI(.95).
```

Prueba T

Estadísticas de grupo

	INST	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
sfisica	no	20	3,3786	,23302	,05210

	si	20	2,9643	,46320	,10357
psicolog	no	20	3,3938	,40408	,09036
	si	20	2,8438	,40122	,08972
social	no	20	3,6417	,45971	,10279
	si	20	3,2083	,77398	,17307
sambiente	no	20	3,4700	,53617	,11989
	si	20	2,5700	,65943	,14745

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
sfisica	Se asumen varianzas iguales	11,459	,002	3,573	38	,001	,41429	,11594	,17957	,64900
	No se asumen varianzas iguales			3,573	28,038	,001	,41429	,11594	,17680	,65177
psicolog	Se asumen varianzas iguales	,123	,727	4,319	38	,000	,55000	,12733	,29223	,80777
	No se asumen varianzas iguales			4,319	37,998	,000	,55000	,12733	,29223	,80777
social	Se asumen varianzas iguales	5,875	,020	2,153	38	,038	,43333	,20129	,02584	,84083
	No se asumen varianzas iguales			2,153	30,922	,039	,43333	,20129	,02275	,84392
sambiente	Se asumen varianzas iguales	1,173	,286	4,736	38	,000	,90000	,19004	,51528	1,28472
	No se asumen varianzas iguales			4,736	36,481	,000	,90000	,19004	,51475	1,28525

T-TEST GROUPS=SEXO(1 2)
 /MISSING=ANALYSIS
 /VARIABLES=sfisica psicolog social sambiente
 /CRITERIA=CI(.95).

Prueba T

Estadísticas de grupo

	SEXO	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
sfísica	hombre	15	3,0857	,47319	,12218
	mujer	25	3,2229	,38262	,07652
spsicolog	hombre	15	3,0583	,48382	,12492
	mujer	25	3,1550	,49250	,09850
ssocial	hombre	15	3,3778	,59250	,15298
	mujer	25	3,4533	,71609	,14322
sambiente	hombre	15	2,8133	,70697	,18254
	mujer	25	3,1440	,75833	,15167

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
sfísica	Se asumen varianzas iguales	11,459	,002	3,573	38	,001	,41429	,11594	,17957	,64900
	No se asumen varianzas iguales			3,573	28,038	,001	,41429	,11594	,17680	,65177
spsicolog	Se asumen varianzas iguales	,123	,727	4,319	38	,000	,55000	,12733	,29223	,80777
	No se asumen varianzas iguales			4,319	37,998	,000	,55000	,12733	,29223	,80777
ssocial	Se asumen varianzas iguales	5,875	,020	2,153	38	,038	,43333	,20129	,02584	,84083
	No se asumen varianzas iguales			2,153	30,922	,039	,43333	,20129	,02275	,84392
sambiente	Se asumen varianzas iguales	1,173	,286	4,736	38	,000	,90000	,19004	,51528	1,28472
	No se asumen varianzas iguales			4,736	36,481	,000	,90000	,19004	,51475	1,28525

CORRELATIONS

/VARIABLES=sfísica spsicolog ssocial sambiente EDAD
/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlaciones

		sfísica	spsicolog	ssocial	sambiente	EDAD
sfísica	Correlación de Pearson	1	,567**	,396*	,654**	,138
	Sig. (bilateral)		,000	,011	,000	,395
	N	40	40	40	40	40
spsicolog	Correlación de Pearson	,567**	1	,682**	,768**	-,077
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,636
	N	40	40	40	40	40
ssocial	Correlación de Pearson	,396*	,682**	1	,570**	-,186
	Sig. (bilateral)	,011	,000		,000	,251
	N	40	40	40	40	40
sambiente	Correlación de Pearson	,654**	,768**	,570**	1	,071
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,661
	N	40	40	40	40	40
EDAD	Correlación de Pearson	,138	-,077	-,186	,071	1
	Sig. (bilateral)	,395	,636	,251	,661	
	N	40	40	40	40	40

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

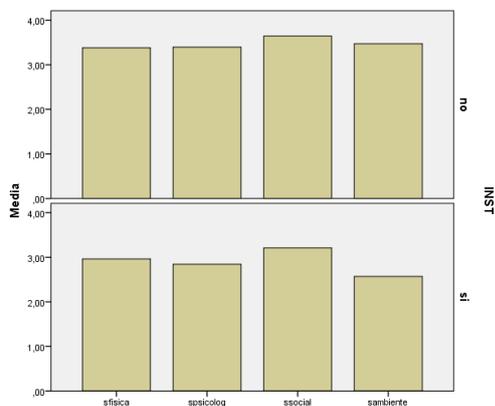
GRAPH

```

/BAR(SIMPLE)=MEAN(sfísica) MEAN(spsicolog) MEAN(ssocial)
MEAN(sambiente)
/PANEL ROWVAR=INST ROWOP=CROSS
/MISSING=LISTWISE.

```

Gráfico



```
GRAPH
  /LINE (SIMPLE)=MEAN(sfisica) MEAN(spsicolog) MEAN(ssocial)
MEAN(sambiente)
  /PANEL ROWVAR=INST ROWOP=CROSS
  /MISSING=LISTWISE.
```

Gráfico

