

# CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES, UN ANÁLISIS DE SUS DIMENSIONES

QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS, AN ANALYSIS OF ITS DIMENSIONS

(Fecha de recepción: 08/08/20 - Fecha de aceptación 10/09/20)

Lic. Ana Márquez Terraza, Lic. Juan Azzolino, Candela Giménez, Franco Rodríguez,  
Daiana Otaño, Pablo Martínez\*

## RESUMEN

La calidad de vida es un concepto multidimensional y complejo que se ha vuelto indispensable a la hora de evaluar las condiciones de vida del adulto mayor. Por ello en esta investigación se busca medir la calidad de vida de un grupo de adultos mayores de la zona este de la provincia de Mendoza y describir la percepción de los adultos mayores acerca de cada dimensión de la calidad de vida.

La metodología utilizada es mixta. Se usó un diseño no experimental, descriptivo transversal para la parte cuantitativa, y para la parte cualitativa se utilizó el método de la teoría fundamentada, con un diseño emergente. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semidirigida y el WHOQoL Bref. La muestra, seleccionada de manera no probabilística, por muestreo voluntario, estuvo conformada por veintinueve adultos mayores oriundos de la zona este de la provincia de Mendoza.

Como resultados se encontró que los adultos mayores tienen una buena calidad de vida sustentada principalmente en la relación con los otros, la capacidad de realizar las actividades cotidianas (capacidad funcional), el bienestar material, el deporte y la salud, la capacidad cognitiva, los servicios médicos y la espiritualidad.

*Palabras clave:* adultos mayores, calidad de vida, salud física, salud psicológica.

## ABSTRACT

Quality of life is a multidimensional and deep concept that has become indispensable when assessing the living conditions of the elderly. For this reason, this research seeks to measure the quality of life of a group of older adults from the eastern region of the Province of Mendoza. At the same time, it aims to describe the older adults' understanding of every dimension of the quality of life.

The methodology used is mixed. A non-experimental and cross-sectional descriptive design was applied to the quantitative part. To the qualitative part, a grounded theory method with an emerging design was used. According to the data collection, a mixed interview and the WHOQoL Bref tool were used. The sample, selected in a non-probabilistic way, by voluntary sampling, was made up of 29 older adults from the eastern region of the Province of Mendoza.

The results showed that older adults have a good quality of life based on, mainly, the relation with others, the ability to carry out day-to-day activities (functional capacity), the material well-being, sport and health, cognitive ability, medical services and spirituality.

*Keywords:* older adults, quality of life, physical health, psychological health.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida (CdV) es un concepto que apareció en el campo de las ciencias sociales en la década de 1970 y desde entonces su utilidad para el campo de la salud es indiscutible. Fundamentalmente, su importancia radica en el hecho de que ayuda a los profesionales a ver más allá de la enfermedad, pudiendo comprender al sujeto como una totalidad (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996).

La calidad de vida puede ser definida, siguiendo a Ardila, como:

*(...) un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003, p. 163).*

Pero si tenemos en cuenta que la CdV es relativa a los valores, necesidades, deseos y aspiraciones de las personas, es válido pensar que puede variar atendiendo a las características diferenciales de cada etapa del ciclo vital (Trujillo García *et al.*, 2004). Por ello, se plantea la pregunta: ¿Qué es la calidad de vida para un adulto mayor? En esta investigación se define al adulto mayor, siguiendo los criterios propuestos por diferentes tratados internacionales, como aquella persona de sesenta años o más (Organización de los Estados Americanos, 2015).

Desde la CEPAL se proponen tres dimensiones que deben ser tenidas en cuenta, relacionadas con la CdV del anciano: seguridad económica, salud y bienestar y entornos favorables (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006).

Sin embargo, cuando se le pregunta al adulto mayor acerca de qué elementos considera importantes para su CdV, las respuestas

varían un poco. En una investigación llevada a cabo en España, con una muestra de 467 personas mayores de 65 años, se encontró que las cinco dimensiones nominadas como más importantes por los participantes fueron salud, red familiar, situación económica, red social y ocio-tiempo libre. Siendo la dimensión «familia» la que más destacaba, dado que la mayor parte de las respuestas estaban vinculadas con ella (Fernández-Mayoralas & Rojo-Pérez, 2011).

Estos resultados concuerdan con otra investigación llevada a cabo en México que tenía como objetivo describir las representaciones sociales que los adultos mayores tenían sobre la CdV. Se encontró que, para este grupo, la CdV se encuentra ligada a seis tipos diferentes de significados (Ramos-Esquivel *et al.*, 2013): significados relacionados con la salud y la autonomía; la familia y las redes sociales; el trabajo y los ingresos; el bienestar y la estabilidad; sentimientos y afectos y expectativas e intereses personales. Por otro lado, Aponte Daza, a partir de un estudio de caso, señala que los adultos mayores consideran que lo más importante para su calidad de vida es ser felices y estar satisfechos con los logros obtenidos y con la familia que los rodea (Aponte Daza, 2015).

Existe un desfase entre lo que se propone a nivel teórico y lo que puede constatarse en los datos empíricos. Esta no es una cuestión menor, en tanto repercute en las políticas y programas dirigidas a esta población, que al alejarse de la realidad, podrían estar basadas más en prejuicios y estereotipos antes que en el grupo social concreto al cual están dirigidas (Martínez Pérez *et al.*, 2018; Oddone, 2018). Por ello, es necesario indagar en los sujetos concretos qué significado tiene la CdV para ellos. Esto permitirá delinear programas e intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, más ajustados a la realidad y a la idiosincrasia de la población y por lo tanto más efectivos. En esta investigación se buscará caracterizar la CdV de un grupo de adultos mayores de la zona este de la provincia de Mendoza, desde un punto de vista cuantitativo y cualitati-

vo. El objetivo de la investigación será medir la CdV de este grupo de adultos mayores y describir la percepción que tienen de cada dimensión de este constructo.

## **METODOLOGÍA**

En la presente investigación se trabajó con una metodología mixta, utilizando como método la triangulación de la información. El diseño cuantitativo fue no experimental, transversal, descriptivo. Para el trabajo cualitativo se utilizó la teoría fundamentada, con diseño emergente. Este diseño permite, a partir de los datos empíricos, construir explicaciones y teorías respecto a un fenómeno, que tienen la cualidad de ser de naturaleza local (Hernández Sampieri *et al.*, 2014).

La población estuvo constituida por adultos mayores de sesenta años, residentes en la zona este de la provincia de Mendoza, no institucionalizados, y sin diagnóstico de enfermedad psiquiátrica. La muestra fue seleccionada de manera no probabilística, utilizando el muestreo de participantes voluntarios.

Los instrumentos utilizados fueron el WHOQoL BREF y entrevista semidirigida. El WHOQoL BREF es un instrumento diseñado por un equipo de la Organización Mundial de la Salud para evaluar la percepción subjetiva de la CdV. Consta de 26 preguntas; 2 preguntas generales destinadas a evaluar la percepción de la CdV general y la percepción de salud del sujeto, y 24 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente (World Health Organization, 1996). El instrumento cuenta con datos de confiabilidad y validez. Se evaluó la consistencia interna de cada una de sus dimensiones obteniendo puntuaciones mayores a 0.79, y la estructura interna fue confirmada mediante análisis factorial (Benitez-Borrego *et al.*, 2014) 1998b.

Para la entrevista semidirigida se construyó una guía de pautas sobre la base de las dimensiones propuestas por el WHOQoL BREF

y las dimensiones de la CdV destacadas en la bibliografía sobre el tema. Los puntos principales fueron: salud física, enfermedades, comportamientos frente a la enfermedad, salud psicológica, emociones, estado cognitivo, barrio, familia, actividades, obstáculos.

Las entrevistas fueron realizadas de manera individual, en el domicilio de los sujetos. Antes de comenzar, se leyó y explicó a cada participante el consentimiento informado, el cual fue firmado por cada uno. Para garantizar el anonimato, todas las entrevistas fueron transcritas por una sola persona, quien eliminó los nombres propios de las transcripciones y reemplazó los nombres de los entrevistados por pseudónimos. Los nombres que aparecen a continuación, en los fragmentos textuales tomados del discurso de los sujetos, son pseudónimos, en ningún momento se exponen los nombres reales.

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el programa IBM SPSS Statistics 21 para los datos cuantitativos. Se realizaron cálculos descriptivos: medidas de tendencia central y distribución de frecuencia. Para los datos cualitativos se utilizó el diseño emergente dentro de la teoría fundamentada. Para comenzar se realizó una transcripción de las entrevistas, las cuales fueron cargadas al programa Atlas.ti versión 7.5.4. Con el programa se llevó a cabo una primera codificación abierta, explorando las significaciones aportadas por los participantes y teniendo como referencia las dimensiones de la calidad de vida aportadas por el instrumento cuantitativo. Después se definió una lista de códigos final y se procedió a la recodificación de las entrevistas. Finalmente se realizó un análisis teórico de las categorías obtenidas.

## **RESULTADOS**

La muestra estuvo conformada por 29 sujetos de entre 60 y 82 años, con una edad media de 69,5 (d.e. 6,81). Predominó el sexo femenino, con un total de 22 mujeres y 7 varones. En cuanto a la escolaridad, el 27,6% no había terminado la primaria; el

34,5% solo tenía estudios primarios; el 3,4% tiene la escuela secundaria incompleta; el 20,6% estudios superiores incompletos, y el 13,8% estudios universitarios completos. La mayor parte de la muestra, el 48,6%, está casada/o, el resto está soltero/a (6,7%), divorciado/a (20,7%) y viuda/o (20,7%). Con respecto a la situación económica, cabe destacar que la mitad de los participantes cobraban 20.000 pesos o menos. De los 29 adultos mayores entrevistados, 25 eran jubiladas/os, 2 trabajadores activos/as y 2 pensionados/as; en promedio los participantes jubilados/as llevan 7,96 años en esta situación (d.e. 5,93).

Del total de participantes, el 79,3% de la muestra tenía al menos una enfermedad diagnosticada, siendo lo más frecuente que presenten una enfermedad en 12 de los casos, alcanzando un máximo de 7 enfermedades diagnosticadas en uno de los casos; mientras que el 20,7 % restante no presenta enfermedades. En cuanto a la variable «ingesta de medicamentos», el 93,1 % de los participantes toman al menos un medicamento, siendo lo más frecuente la ingesta de al menos un medicamento en el 33,3 %, alcanzando un máximo de 10 en uno de los casos; el 6,9 % restante dice no necesitar de la ingesta de medicamentos.

## 1. Calidad de vida

Teniendo en cuenta los resultados del WHOQoL Bref sobre la autopercepción de la CdV, el 3,4% la percibe como «Muy mal», el 34,5% la percibe como «Normal», el 27,6 % como «Bastante bien» y el 34,5% como «Muy bien».

Respecto a la pregunta «¿Cuán satisfecho/a está con su salud?», el 7,1% dice estar «Muy insatisfecho», el 7,1% «Poco» satisfecho, el 21,4 % se inclinó por «Lo normal», el 42,9% dijo estar «Bastante satisfecho» y, finalmente, el 21,4% dijo encontrarse «Muy satisfecho» con su salud.

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de la variable Calidad de Vida

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ambiente	28	38,00	100,00	68,7500	17,61444
Relaciones sociales	21	,00	100,00	55,6667	26,02563
Salud Psicológica	29	16,00	100,00	64,2759	20,97770
Salud Física	29	19,00	94,00	66,9310	18,63547
Puntuación total	21	47,69	92,31	72,4176	12,81707

Fuente: datos propios, 2020.

En cuanto a las dimensiones internas del cuestionario WHOQOL - BREF de «Calidad de Vida», se observó una media de 68,7 (d.e. 17,61) en la dimensión «Ambiente», un promedio de 55,6 (d.e. 26,02) en la dimensión «Relaciones sociales», 64,2 (d.e. 20,9) en lo que respecta a la dimensión «Salud psicológica» y una media de 66,9 (d.e. 18,6) en la dimensión «Salud física». Asimismo, se obtuvo un puntaje total promedio de «Calidad de Vida» de 72,41 (d.e. 12,8).

## 2. Salud física

Al valorar su salud general, pocos participantes son los que dijeron que su salud era completamente buena o mala. La gran mayoría reconoció que tenía una buena salud «a pesar de...». A pesar de los años, a pesar de las enfermedades, a pesar de algunas dificultades puntuales, o a pesar de las dificultades que debió afrontar durante su vida.

*«Está bien, no, yo para mí está bien, o más que suficiente. Porque yo he pasado, y sí, he luchado. Y gracias a Dios estoy así, estoy conforme», Aminta, 81 años.*

*«Bien, bien está. Porque, a pesar de dolores que uno tiene, yo me encuentro bien», Escolástica, 67 años.*

*«Y más un... yo calculo que está a un 80 por ciento (...). Porque hay arritmia, hay artrosis que tengo en la pierna, pero lo demás, normal», José, 76 años.*

Por otro lado, cabe destacar que un grupo de aquellos que consideró estar bien de salud lo relacionó con la capacidad funcional, es decir, decían estar bien porque podían hacer sus tareas cotidianas.

## 3. Salud psicológica

Aquellos que consideraron que estaban mal a nivel psicológico, en general, lo adjudicaron a problemas emocionales y solo uno a problemas cognitivos, algunos también reconocían la necesidad de ayuda que tenían.

De los participantes que dijeron estar bien, algunos lo asociaron a su capacidad cognitiva conservada; otros a algún tipo de cambio que han atravesado o están atravesando, cambios personales o contextuales, y algunos reconocieron tener un desequilibrio psicológico (no diagnosticado), pero con el cual estaban en armonía:

*«Vos sabés que yo siempre digo que yo estoy total y absolutamente loca, que tengo tres personalidades, que las tengo, las tengo porque son mis diferentes maneras de expresarme, son tres. Pero yo soy totalmente consciente de eso y me encanta», Amaranta, 60 años.*

## 4. Relaciones sociales

La mayor parte de los participantes dice tener una buena relación con sus hijos. Estas relaciones estarían sustentadas en comunicaciones frecuentes (llamados para ver cómo se encuentra el adulto mayor), visitas frecuentes, reuniones familiares, salidas y paseos, y en ocasiones ayudas recíprocas o unilaterales con quehaceres de la casa (los padres ayudan a los hijos o viceversa). La relación con la familia amplia, es decir, hermanos, sobrinos, ahijados, etc., presentaría este mismo patrón.

En lo que respecta a la relación con los/as nietos/as la mayoría de los adultos mayores destaca la importancia de ellos/as en su vida, reflejado sobre todo en lo que tiene que ver con el área afectiva. Según lo visto en las entrevistas podemos destacar cinco dimensiones, a saber: complicidad-emejanza, orgullo, disponibilidad para los nietos, Muestras de amor y preocupación por parte de los nietos y reproches hacia los nietos.

## 5. Ambiente

Para analizar la relación con el ambiente se indagó, en primer lugar, la percepción que el adulto mayor tiene de su barrio. Con respecto a ello se pueden distinguir tres grupos. El primero percibe al barrio como una red de contacto social y ayuda, ellos destacan la amistad y ayuda que les brindan los vecinos, el auxilio prestado en casos de enfermedad, las charlas y momentos compartidos y, en algunos casos, el hecho de haber convivido muchos años con la misma gente.

*«Así que no, no, estoy conforme con el lugar en que vivimos, nos sentimos cómodos, nos hemos integrado mucho, tenemos buena llegada con la mayoría de la gente acá. Se cruzan, nos juntamos a charlar en la puerta, pasan a tomar un café o un vermú acá», Arcadio, 72 años.*

El segundo grupo lo percibe como algo neutro en tanto dice no tener relación con sus vecinos, más allá de los saludos ocasionales.

El tercer grupo percibe a su barrio como un peligro tanto a nivel estructural (falta de asfalto y acequias, veredas irregulares) como a nivel social (delincuencia e inseguridad).

*«Lo que es en la punta ya están, hay algunos que son chorros. Dentro de todo, a nosotros una sola vez nos han hecho daño, después ya no», Blanca, 70 años.*

El ambiente también brinda las oportunidades para que el adulto mayor pueda realizar sus actividades. Al buscar en las entrevistas cuáles eran las actividades que los adultos mayores realizan y les gusta hacer, se encontraron varias categorías, de las cuales las más mencionadas fueron: actividades recreativas, sociales, tareas del hogar, viajes y actividades físicas:

–Y del gimnasio, ¿qué es lo que más te gusta?

–Yoga y Pilates.

–¿Por qué te gustan esas dos?

–Porque he logrado que mi mente funcione, que no estaba funcionando, se estaban durmiendo las pocas neuronas que tenía. Decía yo: «Se me salieron los patitos de la fila». Y bueno, estoy tratando de que, a ver, yoga me ha ayudado mucho, a que mi cerebro funcione, porque no estaba funcionando, me caía de la nada, me he pegado unos golpes que casi me he matado, pero a ver, y empecé a ir ahí y es como que tengo más firmeza en las piernas, me siento más segura, no me olvido de las cosas. Estoy mucho mejor (Remedios, 68 años).

Cabe destacar que el uso de la tecnología también fue mencionado por algunos adultos mayores como fuente de entretenimiento. Mencionaron redes sociales como Facebook y WhatsApp, YouTube y Google para buscar información y tener juegos cognitivos en el teléfono.

Por otro lado, el ambiente también puede convertirse en una barrera; en las entrevistas realizadas se encontró que, efectivamente, los adultos mayores ubicaban las barreras en factores ambientales (barreras sociales y culturales, barreras geográficas y estructurales) y otras veces ubicaban las barreras en el plano individual (barreras económicas y físicas).

Con respecto a las sociales, los participantes declaran no poder ocupar los espacios públicos o privados en ocasiones debido al resto de la gente que ocupa estos espacios, en opinión de ellos, de manera inadecuada (por ejemplo: jóvenes que andan en patines en las plazas o que se alcoholizan en espacios públicos). Además, a nivel cultural, los adultos mayores encuentran múltiples barreras, en tanto los estereotipos y prejuicios muchas veces les impiden realizar las actividades que ellos quisieran (bailar tango sin el marido o viajar solo), y otras veces repercuten en el trato que se les da:

*«Es que al jubilado se lo trata como que es jubilado, como que es viejo. Conformate con esto que te doy y vas a estar bien. Si te sentás en esta silla y es bajita... bueno, sentate en la alta porque no hay otra. Hoy se trata al jubilado muy... yo lo veo, no es una atención buena», Encarnación, 70 años.*

Las barreras geográficas y estructurales hacen referencia a la distancia y a las condiciones edilicias de las instituciones. Muchos adultos mayores declaran no tener cerca ningún tipo de institución para poder acceder a servicios recreativos, de esparcimiento o de salud, y les resulta muy complicado la utilización del transporte público. Además, una minoría declara que en las instituciones no hay comodidades para las personas de edad.

## 6. Satisfacción con la vida

Otra categoría que se analizó tiene que ver con aquello que el adulto mayor identifica como una fuente de bienestar en su vida, es decir, aquello que es importante para su CdV. Se identificaron siete categorías diferentes:

En primer lugar, la categoría más frecuente es la relación con otros. Las relaciones sociales, el llevarse bien con la familia, tener amigos y ser parte de la sociedad, todo esto es considerado por los participantes como una fuente de bienestar en sus vidas tanto a nivel emocional como a nivel físico.

–¿Crees que eso te ayuda a salir de la enfermedad?  
–Sí, sí. Que un hijo te agarre del brazo y que te cruce la calle, o que te de un vaso de agua, es un montón, que te alivia un montón (Encarnación, 70 años).

La siguiente categoría más nombrada es el poder realizar actividades cotidianas, seguida por el bienestar material (que incluye desde tener lo indispensable hasta poder realizar viajes), las conductas relacionadas con el deporte y la salud, la capacidad cognitiva, la ayuda médica profesional y, en último lugar, la espiritualidad.

Por otro lado, al explorar en las entrevistas de los sujetos cuáles eran los factores que identificaban como fuente de malestar, se encontró que la categoría más frecuente eran los problemas físicos, los problemas emocionales, la inestabilidad económica de sus familias, las relaciones conflictivas con sus familias, los problemas sociales (en especial la inseguridad) y las consecuencias de actividades laborales intensas.

## DISCUSIONES

Como se pudo observar, la CdV de los participantes de la investigación es alta en promedio, teniendo una puntuación media de 72,41, con una desviación típica de 12,81. La dimensión en la que puntuaron mejor fue en la de ambiente (media: 68,75; d.e.: 17,61), en tanto que las puntuaciones más bajas se encontraron en la dimensión de relaciones sociales (media: 55,66; d.t.: 26,02). Esto se encuentra en armonía además con la percepción que los propios adultos mayores tienen acerca de su CdV, que fue evaluada como muy mala en un caso, mientras que el 34,5% percibía que tenía una CdV normal y el 62,1% consideraba que tenía una CdV bastante o muy buena. Estos resultados hallados se condicen con los de otras investigaciones que han encontrado muy buenas puntuaciones para esta variable en muestras de adultos mayores (Capote Leyva *et al.*, 2012; Cardona-Arias *et al.*, 2016; Salcedo-Álvarez *et al.*, 2010).

En el discurso de los sujetos, se pudieron rastrear diferentes factores que los ellos mismos identificaban como fuente de bienestar y que, por lo tanto, colaboraban con su CdV. Cabe destacar que estas dimensiones están en consonancia con las encontradas en otras investigaciones empíricas (Fernandez-Mayoralas & Rojo-Pérez, 2011; Ramos-Esquivel *et al.*, 2013).

Con respecto a la dimensión salud física, encontramos que la mayoría de los participantes tiene al menos una enfermedad diagnosticada, y que casi la totalidad toma algún tipo de medicación. Sin embargo, al preguntarles por su salud solo el 14,2% dijo estar nada o poco satisfecho, el 21,4% consideraba que su salud era normal y el 64,3% dijo estar bastante o muy satisfecho con su salud. Al analizarlo desde el punto de vista cualitativo, encontramos que los adultos mayores, en general, no consideran que su salud sea mala por el hecho de estar enfermos. Sino que, por el contrario, afirman sentirse bien con su salud a pesar de la enfermedad. Con respecto a esto existen investigaciones que afirman que es la percepción que se tiene sobre la salud y la enfermedad la que se relaciona con una mejor o peor CdV, más allá del estado de salud objetivo (Flores Villavicencio *et al.*, 2013; Urzúa *et al.*, 2011).

En relación con la dimensión psicológica, en el cuestionario de CdV, esta dimensión puntuó alta. El bienestar psicológico es un factor que también se ha demostrado muy importante para la CdV, incluso se ha propuesto un modelo estadístico en donde la CdV equivaldría a la salud más el bienestar psicológico (Cuadra-Peralta *et al.*, 2016). En esta muestra la salud psicológica, al igual que la salud física, no fue asociada necesariamente a la falta de conflictos. Algunos la asociaron con la conservación de sus capacidades cognitivas, otros la relacionaron con las emociones positivas fruto del contacto con su familia. Sin embargo, también hubo gente que asoció la salud psicológica a

procesos de aprendizaje como el control de emociones; mientras que otros la asociaron a la aceptación de sus conflictos internos.

Las relaciones sociales fueron las peor evaluadas en el cuestionario de CdV. Esto puede deberse a lo sintético de esta dimensión, que solo cuenta con tres preguntas: una acerca de las relaciones personales, una acerca de la actividad sexual y otra acerca de los amigos. Teniendo en cuenta que, a nivel cualitativo, el foco de los discursos de los adultos mayores estuvo puesto en sus relaciones familiares, en las actividades que realizaban con sus hijos y nietos, y en el placer que de ello se obtenía, es posible que sea necesario reevaluar esta dimensión del cuestionario, al menos cuando sea utilizado con esta franja etaria. Las relaciones familiares no solo son percibidas como uno de los factores más importantes para la CdV por parte de los adultos mayores (Díaz Fonte, 2016; Osorio Parraguez *et al.*, 2011), sino que también se ha encontrado que existe relación entre el apoyo familiar y todas las dimensiones de la CdV (Cardona-Arias *et al.*, 2016)

Por lo demás, cabe destacar que la principal fuente de contacto social de muchos de los adultos mayores entrevistados era la familia. Si bien algunos además mantenían contacto con diferentes grupos de amigos y realizaban actividades, otros, sobre todo las mujeres, habían perdido el contacto con otras personas fuera de la familia. Las relaciones familiares que valoran como positivas son aquellas en donde los adultos mayores encuentran un espacio de diálogo y comunicación fluido, hay colaboración mutua o unidireccional en tareas del hogar, y con los que pueden compartir encuentros y paseos.

Se encontró que la dimensión mejor puntuada fue la dimensión de ambiente. Esta apunta a la satisfacción de la persona con el medio, y las oportunidades o servicios que este le brinda para poder desenvolverse y realizar sus actividades. A nivel cualitativo se

encontró que, si bien los adultos mayores se mostraban satisfechos con los servicios a los que tenían acceso, no valoraban de forma positiva otros aspectos del ambiente, sobre todo el social y cultural. Se encontró que, en la percepción del barrio, por ejemplo, pesaba mucho el sentimiento de inseguridad en algunos casos. En otros casos el uso de espacios públicos se veía restringido debido a barreras culturales, en tanto los adultos mayores decían sentirse incómodos con el uso que otras personas hacían de esos mismos espacios o por el trato que otros les dispensaban. El uso de espacios públicos y las costumbres sociales se han ido transformando a lo largo de los años, y los adultos mayores no siempre se adaptan a ellos. Esto puede deberse a la ruptura intergeneracional, que es un proceso normal en la evolución de las sociedades, en donde una generación construye sus marcos de referencia que se van reforzando y creando cierto conservadurismo (D'Angelo Hernández, 2011).

Otro factor que los adultos mayores identificaron como barrera fue el económico. Es ampliamente reconocido que una mejor situación económica favorece la elección de manera autónoma de las actividades que el adulto quiere hacer o el acceso a los servicios que necesita (Barajas Acero *et al.*, 2016). Además, se ha encontrado evidencia de que la satisfacción económica se relaciona con la CdV (Cardona-Arias *et al.*, 2016).

En cuanto a los otros factores que los adultos mayores identificaron como barrera, tanto el factor físico como el geográfico ya han sido documentados previamente como limitantes tanto en la CdV como en el desenvolvimiento de las actividades de los adultos mayores. Se ha señalado, por ejemplo, que el vivir en una zona geográficamente accesible es un factor protector ante la vulnerabilidad del adulto mayor (Guerrero-R & Yépez-Ch, 2015). Y con respecto a las limitaciones físicas, en una investigación realizada en México, se encontró que era la limitación más frecuente para la realización de actividad física (Porrás-Juárez *et al.*, 2010).

## CONCLUSIONES

La CdV, en tanto concepto multidimensional y complejo, nos ayuda a tener un panorama claro del estado de salud y bienestar general del adulto mayor. En la muestra entrevistada se ha encontrado que los adultos mayores tienen una buena CdV, sustentada principalmente en la relación con los otros, la capacidad de realizar las actividades cotidianas (capacidad funcional), el bienestar material, el deporte y la salud, la capacidad cognitiva, los servicios médicos y la espiritualidad. Si bien estos datos no pueden ser generalizados al total de la población debido a las limitaciones del estudio, es decir, el

tamaño de la muestra y los instrumentos de recolección de datos no estandarizados que se utilizaron (entrevista), nos ofrecen un direccionamiento y se encuentran en consonancia con lo reportado por otros autores.

Al contrastar los datos cuantitativos con los cualitativos, se ha encontrado una disonancia principalmente en las dimensiones ambiente y relaciones sociales, en tanto al indagar en profundidad sobre estos aspectos, los participantes mencionaron o pusieron el foco en factores que el cuestionario no toma en cuenta. Por ello se destaca la importancia de repensar el concepto de CdV para el adulto mayor.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aponte Daza, C. V. (2015). «Calidad de vida en la tercera edad». *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 13(2), 152-182.
- Ardila, R. (2003). «Calidad de vida: Una definición integradora: una definición integradora». *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Barajas Acero, A. Y., Toro Mendoza, D. C., y Beto Marroquín, T. G. (2016). «Calidad de vida del adulto mayor en las diferentes regiones de Colombia bajo las categorías: Personal, social y familiar». *Alexandre, T. Cordeiro, R. & Ramos, L. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. Federal universities of Sao Paulo and Taubaté, Brazil.* <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/14676>
- Benitez-Borrego, S., Guàrdia-Olmos, J., y Urzúa-Morales, A. (2014). «Factorial structural analysis of the Spanish version of WHOQOL-BREF: An exploratory structural equation model study». *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 23(8), 2205-2212. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0663-2>
- Capote Leyva, E., Casamayor Laime, Z., y Castañer Moreno, J. (2012). «Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal». *Revista Cubana de Medicina Militar*, 41(3), 237-247.
- Cardona-Arias, J. A., Giraldo, E., y Maya, M. A. (2016). «Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013». *Médicas UIS*, 29(1), 17-27. <https://doi.org/10.18273/revmed.v29n1-2016002>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez>
- Cuadra-Peralta, A., Medina Cáceres, E. F., y Salazar Guerrero, K. J. (2016). «Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica». *Límite*, 11(35), 56-67.
- D'Angelo Hernández, O. S. (2011). *Los jóvenes y el diálogo intergeneracional en la transformación comunitaria y social. Título: 1*. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS). <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/cgi-bin/library.cgi?e=d-11000-00---off-0cu%2FcuZz-013--00-1----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-0l--11-es-Zz-1--20-home---00-3-1-00-0--4----0-0-01-00-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL1&d=D3981.1>
- Díaz Fonte, L. (2016). *La vivencia de calidad de vida en la vejez* (Tesis de grado, Universitat Internacional de Catalunya). <https://recercat.cat//handle/2072/263942>
- Fernandez-Mayoralas, G., & Rojo-Pérez, F. (2011). «La calidad de vida de los mayores nom- inada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIQoL-DW». En *Calidad de vida y envejecimiento: La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (1ra ed., pp. 83-112). Fundación BBVA.

- Flores Villavicencio, M. E., Troyo Sanromán, R., Cruz Ávila, M., y González Pérez, G. (2013). «Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco». *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 179-193.
- Guerrero-R, N., y Yépez-Ch, M. C. (2015). «Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud». *Universidad y Salud*, 17(1), 121-131.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). Mc Graw Hill.
- Martínez Pérez, T., González Aragón, C., Castellón León, G., y González Aguiar, B. (2018). «El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?». *Revista Finlay*, 8(1), 59-65.
- Oddone, M. J. (2018). «Condiciones de vida de las personas mayores». En J. I. Piovani y A. Salvia, *La Argentina en el siglo XXI* (pp. 593-624). CLACSO; JSTOR. <https://doi.org/10.2307/j.ctvtwx2b7.22>
- Organización de los Estados Americanos. (2015). *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (A-70)*. [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp)
- Osorio Parraguez, P. I., Torrejón, M. J., Meersohn, C., y Anigstein, M. S. (2011). «Comprensión de la calidad de vida en personas mayores semivalentes en Chile». *Salud & Sociedad*, 2(2), 203-217. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2011.0002.00006>
- Porras-Juárez, C., Grajales-Alonso, I., Hernández-Cruz, M. C., Alonso-Castillo, M. M., y Tenahua-Quitl, I. (2010). «Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física». *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 127-132.
- Ramos-Esquivel, J., Figueroa-Ochoa, H., Marcela, A., Rubio, I. A., y Martínez-González, M. G. (2013). «La vejez y la calidad de vida desde el punto de vista de las personas mayores: Un estudio sobre las representaciones sociales de un grupo social». *Revista de Educación y Desarrollo*, 26, 53-63.
- Salcedo-Álvarez, R. A., Zarza-Arizmendi, M. D., Alba-Leonel, A., y Fajardo-Ortiz, G. (2010). «Calidad de vida y calidad de atención de enfermería en adultos mayores». *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 18(2), 63-73.
- Trujillo García, S., Tovar Guerra, C., y Lozano, M. (2004). «Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la psicología». *Universitas Psychologica*, 3(1), 89-98.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., y Vargas, C. (2011). «Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor». *Revista médica de Chile*, 139(8), 1006-1014. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000800005>

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). «¿Que calidad de vida?» *Foro Mundial de La Salud*, 17(4), 385-387.

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Programme on Mental Health. [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1)

## **LOS AUTORES**

Ana Victoria Márquez Terraza. Licenciada en Psicología. Becaria de CONICET. Profesora titular de la cátedra Procesos Biológicos Neuropsicológicos de la Universidad de Congreso. Contacto: terrazama@gmail.com

Juan Marcos Azzolino. Licenciado en Psicología. Coordinador académico y profesor titular de las cátedras Introducción a la Psicología y Psicología y Medio Ambiente de la carrera de Psicología, Universidad de Congreso. Contacto: juanazzolino@gmail.com

Daiana Otaño. Estudiante de Psicología de la Universidad de Congreso. Contacto: daiotano@gmail.com

Pablo Sebastián Martínez. Estudiante de Psicología de la Universidad de Congreso. Contacto: sebas170200@gmail.com

Franco Rodríguez. Estudiante de Psicología de la Universidad de Congreso. Contacto: fraanagustin@hotmail.com

Candela Giménez. Estudiante de Psicopedagogía de la Universidad Católica. Contacto: candelin@gmail.com