



CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO

Tutor: Ivana Pereson Mehauod

Tesista: Planiscig Mariana

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Fecha: Septiembre de 2021

Resumen

La presente investigación buscó describir las diferencias en la calidad de vida percibida en adultos mayores de la ciudad de Nogoyá, Entre Ríos que transitaban el aislamiento social (ASPO) provocado por la pandemia viviendo solos y la de aquellos que lo transitaban viviendo con un familiar. La muestra estuvo conformada por 15 sujetos adultos mayores de más de 65 años de la ciudad de Nogoyá, Entre Ríos que transitaban el ASPO viviendo solos y 15 sujetos adultos mayores de más de 65 años de la ciudad de Nogoyá, Entre Ríos que lo transitaban viviendo con un familiar. Se les administró el Inventario de Calidad de vida Percibida (ICV) y un cuestionario compuesto por seis preguntas abiertas, cerradas y preformadas. Dentro de los resultados, puede observarse que el hecho de haber atravesado el ASPO viviendo solos o con un familiar no fue un condicionante para que el adulto mayor perciba una mayor o menor calidad de vida, ya que la mayoría de los participantes percibieron su calidad de vida como promedio. Pese a esto, los datos arrojados muestran que la mayoría de los adultos mayores que vivían solos presentaron mayor iniciativa en cuanto a la realización de actividades, a diferencia de los que vivían con un familiar que realizaron un menor número de estas. Además se observa que ambos grupos percibieron a su familia como principal fuente de apoyo y compañía para sobrellevar esta etapa.

Palabras clave: calidad de vida, adultos mayores, ASPO.

Agradecimientos

A mi familia y amigos por brindarme su apoyo y motivarse siempre en cada paso dado.

A mi tutora, Ivana Pereson Mehauod, quien asumió su compromiso de ayudarme con esta investigación, dedicó su tiempo y me orientó en este proceso.

A mi profesor Raúl Gómez Alonso, por su ayuda y acompañamiento en esta etapa.

Por último, pero no menos importante, a los adultos mayores que dedicaron su tiempo y con ganas de ayudarme fueron partícipes de este trabajo.

Índice

Introducción.....	6
Estado del Arte	8
Problema de investigación.....	13
Objetivos	13
<i>Objetivo general</i>	13
<i>Objetivos específicos</i>	13
Marco teórico.....	14
Capítulo I: El contexto actual. Pandemia por el virus Covid-19	14
Capítulo II: Conceptualización de los términos vejez y adultos mayores	16
<i>Características de la vejez</i>	20
Capítulo III: Calidad de Vida	23
Marco metodológico	28
Diseño	28
Definición conceptual y operacional de las variables/categorías de análisis	28
<i>Definición conceptual de las variables</i>	28
<i>Definición operacional de las variables</i>	28
<i>Participantes</i>	29
<i>Técnicas e instrumentos</i>	29
<i>Procedimientos de aplicación del instrumento</i>	33
<i>Área de estudio</i>	33
<i>Consideraciones éticas</i>	34
Análisis de los datos e interpretación de los resultados	35
Conclusión.....	50
Referencia Bibliográfica	54
Anexos A.....	59

Introducción

El año 2019 comenzó con un gran desafío, el surgimiento en China de un nuevo coronavirus denominado SARSCoV-2 que luego se expandiría por todos los países del mundo.

Debido a la potencial crisis sanitaria y social, el Gobierno Nacional decidió establecer el Decreto 297/2020 en donde se propuso la medida de Aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), con el fin de mitigar la propagación del virus y su impacto en el sistema sanitario, el cual disponía que todos los ciudadanos debían quedarse en sus casas, excepto que ocurra una urgencia, sean parte de trabajos esenciales o deban aprovisionarse de alimentos o productos de limpieza.

Luego de haber transcurrido unos días desde el inicio de la pandemia y ante el surgimiento de grandes cifras de fallecimientos y cantidad de afectados, los adultos mayores fueron denominados como una de las partes de la población de mayor vulnerabilidad a los efectos y secuelas más graves de la enfermedad. “Que la experiencia de estos meses demostró que la enfermedad COVID-19 se presenta con mayor riesgo de hospitalización, complicación o muerte entre los adultos mayores de 60 años y personas con patologías preexistentes como obesidad, diabetes, enfermedades cardíacas, respiratorias y renales crónicas” (Resolución 2883/2020).

Dicha pandemia que la sociedad atraviesa actualmente y la medida de ASPO implementada por las autoridades gubernamentales, presentan grandes desafíos para la salud y el bienestar de los adultos mayores de nuestra comunidad. Ser adulto mayor en tiempos de Covid-19 ha representado todo un reto, ya que se han visto obligados a modificar muchas cuestiones de su día a día y adaptarse a un modo de vida diferente.

A pesar de que muchos ya se encontraban antes de la pandemia atravesando diversas situaciones desfavorables, relacionadas con aspectos de la salud en general y aspectos sociales, las medidas de aislamiento y confinamiento llevaron a que este deterioro se haga mayor debido a la disminución o suspensión en algunos casos de la interacción social, la realización de actividades que antes eran habituales como actividades de ocio, actividad física, etc.

El ASPO fue una medida tomada con el fin de proteger la salud de las personas y sobre todo la de los adultos mayores, puesto que ayuda a reducir el riesgo de

exposición al contagio, pero, más allá de los efectos positivos, el hecho de aislarse puede también producir consecuencias negativas. Es decir, dichas medidas pueden llevar a que la salud de estas personas se vea perjudicada, no sólo en lo físico, sino en lo psicológico y social, ya que la situación actual puede fragmentar y debilitar sus redes de apoyo y sus círculos de cuidado; traer o incrementar problemas de salud y agravar la pérdida de autonomía en la toma de decisiones sencillas. Además, pone en evidencia las problemáticas económicas existentes y, en algunos casos, las acrecienta, haciendo a los vulnerables más vulnerables y potenciando la incertidumbre y el miedo, produciendo un debilitamiento de su estado emocional y mental, afectando así la calidad de vida de los mismos (Robledo Marín, 2020).

Debido a la emergencia de salud pública internacional que se está desarrollando en la actualidad y los efectos que la misma tiene en las personas, esta investigación persigue describir la calidad de vida percibida en adultos mayores que transitaron el aislamiento social provocado por la pandemia viviendo en soledad y la de aquellos que lo transitaron viviendo con un familiar para poder conocer de qué manera estos dos grupos perciben que los afecta la situación actual, y en el caso que sea necesario, poder tomar medidas que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

Estado del Arte

A continuación, se presentan estudios previos referidos al tema de la presente investigación con el fin de conocer cómo fue abordada la temática en otras oportunidades y con qué resultados.

La búsqueda se realizó a través de “Google académico” donde se seleccionaron documentos que se consideraron pertinentes para la investigación.

Con respecto a los adultos mayores y su calidad de vida, Flores-Herrera et al (2018) realizaron una investigación titulada “Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar”, con el objetivo de evaluar el nivel de calidad de vida percibida por los adultos mayores desde su contexto familiar. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en una muestra de 99 adultos mayores en quienes se evaluó la percepción de las dimensiones de la calidad de vida con la escala WHOQOL-BREF.

En sus resultados encontraron que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Para concluir, expresan que casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. La dimensión más afectada fue la de medio ambiente.

Asimismo, Nequiz-Jasso et al (2017) en su investigación titulada “Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica universitaria reforma”, se propusieron identificar la percepción de calidad de vida en el adulto mayor que acude a dicha clínica. Llevaron a cabo un estudio cualitativo, observacional, prolectivo, transversal y descriptivo a 104 adultos mayores de 60 años que acudieron a la Clínica Universitaria Reforma, en abril del 2016. Se aplicó la escala de calidad de vida de la OMS “WHOQOL” y los datos obtenidos se analizaron a través de frecuencias y porcentajes.

Dentro de sus resultados obtuvieron que el 70% de los adultos mayores tienen una percepción promedio de su calidad de vida; la cual incluyó 4 esferas: medio ambiente, con 74%, salud física con 63%, aspecto psicológico 62% y relaciones sociales 55%.

Por su parte, Peña-Marcial et al (2019), llevaron a cabo una investigación con el objetivo de describir la calidad de vida desde el ámbito social en el que se desarrollan

los adultos mayores en el Estado de Guerrero, México en una muestra de 75 adultos mayores de 65 años y más, residentes de asilo, casa de día y localidad rural. Para la recolección de los datos se utilizó el Cuestionario sociodemográfico y Cuestionario de Salud SF-36 versión 2 española Health Survey, constituido por preguntas agrupadas con sus respectivos ítems. Con respecto a los resultados, se encontró que el 80% de los adultos mayores encuestados manifestó mala calidad de vida, debido a que presentan porcentajes altos de problemas físicos, emocionales, y sociales, que dan origen a una mala perspectiva de su salud y vida.

Del mismo modo, Marcelo-Rio y Marino-Tamayo (2018) desarrollaron un estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar el grado de apoyo familiar percibido y nivel de calidad de vida en el adulto Mayor, que asiste al Centro de Salud el Pallar, distrito Huamachuco. El universo muestral estuvo conformado por 50 adultos mayores a quienes se les aplicó el cuestionario sobre el grado de apoyo familiar al adulto mayor y sobre nivel de calidad de vida al adulto mayor; siendo la información obtenida, procesada y analizada mediante la prueba estadística del “Chi Cuadrado”. La mencionada investigación obtuvo como resultados que el 80 por ciento de los adultos mayores percibieron un moderado apoyo familiar y un 96 por ciento presentaron un nivel de calidad de vida regular; existiendo relación significativa entre el grado de apoyo familiar percibido por el adulto mayor y el nivel de calidad de vida (valor $p < 0.027$).

También, Alvarado-Mercado y Chávez-Sanchez (2020), con el propósito de determinar la relación que existe entre el Grado de Apoyo Familiar y el Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor realizaron una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, realizado en pacientes adultos mayores del Centro de Salud de Víctor Larco, durante los meses de noviembre y diciembre del 2019. La población estuvo conformada por 52 adultos mayores, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. La información se obtuvo mediante los instrumentos: “Cuestionario del Grado de Apoyo familiar” y “Encuesta para medir la Calidad de Vida del Adulto Mayor”, válidos y confiables aplicados mediante la técnica de entrevista, considerando los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad.

Los resultados fueron analizados estadísticamente utilizando la prueba de coeficiente de correlación de Pearson para la relación entre las variables y presentados en tablas estadísticas de simple y doble entrada, donde se encontró que el 46 por ciento de los adultos mayores tienen un grado de apoyo familiar moderado, y el 61,54 por

ciento con nivel de calidad de vida regular. Es por estos datos que los autores concluyen que existe una relación altamente significativa $\chi^2 = 25.297$ $p < 0.000$ (s) entre el Grado de Apoyo familiar y el Nivel de Calidad de Vida.

Las investigaciones mencionadas anteriormente resultan muy valiosas para poder conocer los anteriores estudios respecto de la calidad de vida en los adultos mayores.

A continuación, se expresan las investigaciones encontradas acerca del contexto actual y la calidad de vida percibida por diferentes grupos etarios.

La cuarentena y el aislamiento social son las medidas más recomendadas por las autoridades de salud con el objetivo de reducir la interacción social entre las personas y disminuir el riesgo de contagio por la COVID-19 en la comunidad. Sin embargo, estas restricciones y limitaciones pueden traer consecuencias en la calidad de vida. Para validarlo, Guzmán Muñoz et al. (2021) investigaron acerca del impacto del contexto de pandemia sobre la calidad de vida de adultos jóvenes, para ello compararon la calidad de vida autorreportada entre un entorno sin pandemia vs. un contexto bajo alerta sanitaria por la COVID-19, en adultos jóvenes.

Llevaron a cabo un estudio retrospectivo donde participaron 157 adultos jóvenes (63 mujeres y 94 hombres), de entre 18 y 28 años. Los mismos respondieron el cuestionario de salud SF-36 en 2 situaciones: contexto sin pandemia (septiembre de 2019) y contexto de pandemia (abril de 2020).

Como conclusión, se halló que la calidad de vida de los adultos jóvenes se ve disminuida en un contexto cuarentena por la Covid-19, principalmente en las dimensiones psicológicas y sociales.

Asimismo, Aparicio-Baquén, Aparicio-Gómez y Hernández-Niño (2020), analizaron la calidad de vida en niños, adolescentes y jóvenes durante el tiempo de confinamiento obligatorio familiar en Bogotá por COVID-19. Como instrumento de investigación se diseñó un cuestionario de veintidós preguntas que se distribuyó por diferentes plataformas digitales de fácil acceso para jóvenes y adolescentes.

Los resultados se recolectaron por medio de un muestreo aleatorio simple. Participaron un total de 149 personas, de los cuales 61 eran jóvenes universitarios y 88 niños o adolescentes estudiantes de colegio.

Según los datos arrojados, encontraron que la calidad de vida de los niños se presenta en general de forma positiva, sin embargo, se observan variaciones en el

caso de los jóvenes y adolescentes. En esta población predomina una percepción menos favorable de su calidad de vida.

Por su parte, Alcívar García y Revelo Vergara (2020), investigaron acerca de los “Efectos de la pandemia COVID-19 en la calidad de vida de adultos mayores de la ciudad de Puyo durante el primer mes de confinamiento, a fin de generar insumos para la creación de programas de atención a este grupo poblacional”.

Para el estudio fueron encuestados 95 adultos mayores residentes en la ciudad del Puyo, así como también participaron 6 familias de esta población. Para la recolección de información en el proceso metodológico se aplicó de modo virtual la adaptación de las técnicas de la encuesta FUMAT sobre Calidad de Vida y sus ocho dimensiones elaboradas por Schalock y Verdugo; con la encuesta de la Universidad Autónoma de Barcelona y la Fundación Salut i Envel·liment. Además, se utilizó la entrevista semiestructurada con el fin de obtener información en cuanto al análisis de los efectos del confinamiento. Se obtuvo como resultado que, durante el primer mes de confinamiento, los adultos mayores vivieron efectos negativos en la dimensión material, presentaron un mayor nivel de estrés y ansiedad con respecto a su bienestar emocional, en su bienestar físico presentaron deterioro de enfermedades pre-existentes, y respecto a la percepción de sus decisiones fueron limitadas. Se establece que prevaleció la unión familiar y social como mediador significativo y positivo ayudando a sobrellevar el contexto situacional en el que se encontraban.

Por último, Hernández Duarte, E., y Ariza Muñoz S. (2020), llevaron a cabo una investigación titulada “Calidad de vida de adultos mayores en el marco de la pandemia por Covid-19. Montería 2020”, con el objetivo de determinar los niveles de calidad de vida en adultos mayores que asisten al club saludable de una IPS pública, en el marco de la pandemia por COVID 19. Se trató de una investigación descriptiva, transversal con enfoque cuantitativo.

La muestra estuvo conformada por adultos mayores que se encontraban vinculados al club saludable de la E.S.E Vida Sinú y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. La técnica utilizada para recolectar la información fue una encuesta vía telefónica y el Instrumento WHOQOL-BREF.

Dentro de los resultados, obtuvieron que los adultos mayores que participaron en la investigación, tienen una percepción positiva de su calidad de vida, lo cual se vio reflejado en los dominios psicológicos y físico, en los cuales se denotó que poseen energía para desempeñar actividades de la vida diaria, se sienten físicamente satisfechos

consigo mismo, encuentran en la prestación de la salud o de las actividades del club saludable un espacio propio para ellos, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida.

A través de todos los temas referenciados se ha podido conocer información muy valiosa que han permitido apreciar de una manera más cercana la problemática principal que se aborda en este trabajo investigativo.

Dichos estudios representan información actualizada que ha permitido precisar los factores que inciden en la calidad de vida de la población en general.

Cabe concluir que el tema de la presente investigación ha generado gran interés en el ámbito científico debido a la profunda cantidad de trabajos hallados, aún así no se ha explorado demasiado en el contexto actual de pandemia. Por tanto, resulta importante continuar investigando, debido a que la pandemia continúa en todos los países del mundo. La calidad de vida de los adultos mayores debe resultar de gran interés, ya que representan uno de los grupos de mayor riesgo y las decisiones del Gobierno Nacional para disminuir el contagio podría generar problemas en otros aspectos de su salud, por lo cual resulta indispensable continuar estudiando este grupo etario para que puedan sobrellevar este período con las menores consecuencias, y gozando de una calidad de vida lo más favorable posible.

Problema de investigación

¿Cuáles son las diferencias entre la calidad de vida percibida en adultos mayores de la ciudad de Nogoyá, Entre Ríos que transitaron el ASPO viviendo solos y los que lo transitaron viviendo con un familiar?

Objetivos

Objetivo general

Describir las diferencias en la calidad de vida percibida en adultos mayores de la ciudad de Nogoyá, Entre Ríos que transitaron el aislamiento social provocado por la pandemia viviendo solos y la de aquellos que lo transitaron viviendo con un familiar.

Objetivos específicos

-Identificar la calidad de vida percibida de los adultos mayores de la ciudad de Nogoyá, Entre Ríos que transitaron el aislamiento social viviendo solos.

-Identificar la calidad de vida percibida de los adultos mayores que transitaron el aislamiento social viviendo con un familiar.

-Comparar la calidad de vida percibida de ambos grupos.

Marco teórico

Capítulo I: El contexto actual. Pandemia por el virus Covid-19

En el mes de diciembre del año 2019 surgió en China un nuevo coronavirus, denominado SARSCoV-2, ya que causa un Síndrome Respiratorio Agudo Grave de tipo 2, más comúnmente llamado enfermedad por coronavirus (COVID-19) (Ruiz-Bravo y Jiménez-Varela, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2020), define al COVID-19 como una enfermedad causada por un coronavirus que ha sido descubierto recientemente de origen zoonótico, es decir, es transmitido de los animales a los seres humanos. Las personas infectadas con este coronavirus pueden presentar cuadros respiratorios leves a graves. Los adultos mayores y las personas que padecen afecciones médicas subyacentes tienen mayor probabilidad de presentar un cuadro grave.

El 3 de Marzo del año 2020 surge el primer caso detectado en la Argentina, proveniente de un ciudadano que había regresado de Italia. Es en este mismo mes que la OMS declara el brote del nuevo coronavirus como una pandemia, debido a que el nivel de personas infectadas y muertas crecía a una gran velocidad (OMS, 2020).

Debido a la potencial crisis sanitaria y social, desde el Gobierno Nacional se tomó la decisión de implementar medidas a fin de mitigar la propagación del virus y su impacto en el sistema sanitario, ya que hasta ese momento no se encontraban disponibles tratamientos o vacunas que prevengan el mismo.

Una de las medidas implementadas por el Gobierno de la República Argentina, con el fin de proteger la salud pública frente a la propagación del Covid-19 fue decretar el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) disponiendo que todas las personas debían permanecer en sus domicilios habituales, solo pudiendo salir de ellos para actividades esenciales, para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos así como para trabajar en sectores esenciales (Decreto 297/2020).

La propagación del COVID-19 por todas las provincias provocó la suspensión de las clases presenciales en las escuelas en los niveles inicial, primario y secundario en todas sus modalidades, y generó que todos dejaran de asistir a las escuelas. Los ministerios de Educación, nacional y provinciales desarrollaron estrategias para sostener

la educación a distancia para que los alumnos no pierdan sus actividades escolares (Naciones Unidas Argentina, 2020).

Dicha actividades escolares y algunas actividades laborales comenzaron a realizarse en los hogares para evitar aglomeraciones en el transporte público, oficinas y escuelas, también se dispuso evitar las reuniones sociales o familiares para disminuir la posibilidad de contagio. Así mismo, se cerraron lugares de compras como centros comerciales y lugares destinados a la diversión, la cultura, el esparcimiento, las actividades deportivas. Otra de las estrategias para restringir el contacto entre las personas fue la restricción de horarios de salida, el cierre de fronteras, entre otras medidas (Lino Gonzáles y Téllez Alanís, 2021).

Dicha crisis global provocada por el coronavirus no sólo afecta lo sanitario, sino que se encuentra ocasionando efectos a nivel socioeconómico.

Lo económico significa para Argentina todo un reto que se suma a la compleja situación que atravesaba antes de la pandemia.

Además del impacto que tendrá la crisis sobre la economía, también la está teniendo en las dimensiones sociales. Entre ellos, pérdida de empleos con el correlativo aumento de la pobreza. El COVID-19 ha tenido y continúa teniendo un efecto negativo muy grande en la gran cantidad de personas que han perdido sus trabajos. Los datos reportan que en la Argentina se observa una caída del empleo en 180.000 personas ocupadas menos, datos que pueden seguir aumentando debido a la continuidad de la pandemia (Organización Internacional del Trabajo, 2020).

Además, la pandemia repercute también en la salud mental de las personas, afectadas por ejemplo por estrés, el aislamiento social, pérdidas familiares, problemas económicos, etc. Todo lo mencionado convierte esta situación en un verdadero desafío para la sociedad en su conjunto (Naciones Unidas Argentina, 2020).

Esta enfermedad, al ser desconocida en muchos aspectos y al afectar a tantas personas de todo el mundo, dejando un saldo grande de muertes, genera en la población muchos sentimientos y reacciones, como ansiedad, temor, inseguridades, lo que pudiera llegar en algunos casos a reacciones de pánico, depresión, entre otras.

Cabe considerar que las medidas declaradas como necesarias para disminuir el contagio llevan a que se produzca grandes cambios en la vida diaria de la población. Los diferentes modos de distanciamiento social, tales como nuevas formas de trabajo (tele trabajo, trabajo a distancia), la escolaridad virtual, la imposibilidad de reuniones familiares o con amigos, la prohibición de realizar actividades deportivas y recreativas

al aire libre, unido todo esto a las informaciones necesarias pero muchas veces distorsionadas o negativas de la situación actual, suelen tener efectos contraproducentes sobre la psiquis de las personas, teniendo en cuenta además que muchas personas presentaban antecedentes previos de trastornos mentales y los mismos pueden verse potenciados (Pérez Valdés, Álvarez Morales, Rodríguez Cárdenas, 2020).

En este sentido, un estudio realizado por LHuang y Hao (2020), como se citó en Martínez-Taboas (2020), llevado a cabo en China, con 7.236 participantes, encontró que un alto número de personas experimenta a raíz de esta situación síntomas que afectaban su salud mental, entre ellos ansiedad generalizada, depresión e insomnio.

Otro estudio que resulta relevante es uno llevado a cabo por Johnson, Saletti-Cuesta y Tumas (2020), el cual menciona los sentimientos experimentados por la sociedad ante esta pandemia, destacando la incertidumbre como principal. Este sentimiento se encuentra vinculado a una situación incierta, propia del contexto de pandemia, que es indefinida y que no permite planificación.

Por otro lado, la incertidumbre también se debe a las consecuencias sociales y económicas de la situación, ya que muchas personas sienten preocupación por su futuro laboral, y muchas otras perdieron sus trabajos, debiendo ocuparse de cómo generar ingresos para poder vivir día a día.

Así mismo, en dicha investigación apareció el miedo como segundo subtema relevante en las personas. Algunas personas experimentaban temor y muchas otras hasta pánico. El miedo no era sólo por la salud propia, sino por la salud de familiares, amigos, personas cercanas. En este sentido, resulta de gran importancia la forma en que comunicamos información acerca del COVID-19, los medios de comunicación son los principales responsables, siendo fundamental que puedan informar pero de una manera que no aumente el miedo y la estigmatización (Johnson, Saletti-Cuesta y Tumas, 2020).

Capítulo II: Conceptualización de los términos vejez y adultos mayores

Cuando hablamos del proceso del envejecimiento nos referimos a un fenómeno amplio y complejo, por lo cual se presentan grandes dificultades al momento de buscar definir una edad en la que las personas comienzan a envejecer.

El concepto vejez se encuentra relacionado con el estado en la vida y el envejecimiento es un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital.

Actualmente, en la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), se denomina adulto mayor a toda persona que tenga 60 años o más, excepto que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años.

Para hacer referencia al envejecimiento, Gómez y Curcio (2014) hablan de una edad biológica, la cual se corresponde con el estado funcional de los órganos, comparado con patrones estándar para una edad. La edad biológica engloba los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas. Dichos autores mencionan que es un proceso inevitable y gradual, de cambios degenerativos y adaptativos.

Comúnmente, el criterio más utilizado para definir y clasificar a un viejo es la edad cronológica de la persona, pero esto tiene un valor social o legal más que biológico, ya que no existe una única manera de volverse viejo, sino que es un proceso particular de cada individuo que comprende aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y emocionales (Robledo Marín, 2020).

Asimismo, (Iacub, 2007, como se citó en Iuliano, 2019) menciona que a la vejez se le atribuye el tramo final de la vida, la finalización de la actividad laboral, o de reproducción, etc, y las personas que transitan esta etapa sufren una serie de procesos biológicos y psicológicos propios.

En la sociedad actual, muchas personas creen que la vejez es sinónimo de decadencia, enfermedad, pérdida de autonomía y de productividad.

Podría mencionarse, como afirma Valarezo García (2016), que la sociedad ha “creado” un perfil general de envejecimiento, donde se cree que todo adulto mayor responde a determinados comportamientos o condiciones de dificultades. Así por ejemplo es habitual escuchar expresiones como: “los ancianos son frágiles y no pueden realizar determinada actividad”, “todos los ancianos tienen problemas en su memoria”, “los viejos ya no pueden adaptarse a los cambios de la sociedad”, etc. La sociedad determinó conceptos negativos como propios de la vejez e inevitables por el paso de los años, indetenibles.

En definitiva, lo mencionado anteriormente muestra una vejez caracterizada por cambios o deterioros asociados con el paso del tiempo, cuya finalidad evolutiva lleva al organismo a su término. A esto se lo ha llamado “modelo deficitario” (Zetina Lozano, 1999). Dichos modelos toman el proceso de envejecer desde una perspectiva biológica,

siendo que hoy en día se considera fundamental considerar este proceso como a la vejez desde una perspectiva bio-psico-social (Fernández-Ballesteros, 2011).

En Hacia un buen envejecer, Zarebski (2008) hace mención de esto, sosteniendo que anteriormente ante la pregunta por a quién llamamos viejos se tenía a la edad como principal ordenador y se creía que era ella la culpable de diversas limitaciones biológicas y sociales que podía tener una persona. A la vez, se denominaba “anciano” a las personas con experiencia, respetables y que ocupaban mayormente una posición de reposo. Esta denominación tampoco dejaba margen para incluir los diversos modos de envejecer. Luego, a medida que las diversas disciplinas comenzaron a estudiar la vejez, esto se fue transformando en cierta medida y se fue dando lugar a la idea de que la manera de envejecer tiene que ver con cada cultura y aparato psíquico, lo cual llevó diversificar las vejeces.

Ahora bien, en las últimas décadas han surgido varios autores y teorías que proponen una visión de la vejez como un período de desarrollo, donde la persona además puede seguir aportando aspectos significativos para la sociedad, lo que significa que existe un proceso activo durante el envejecimiento. Ejemplo de esto es el envejecimiento activo, el envejecimiento saludable, entre otros conceptos que se han manifestado en vistas a explorar las nuevas formas de envejecer.

El envejecimiento activo es un concepto del que se está hablando mucho este último tiempo. La OMS, lo define como:

El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002).

El envejecimiento activo representa y nos descubre que los valores sociales tan necesarios en la actualidad como la autonomía personal, la participación, la solidaridad, la convivencia, el diálogo, el compartir, la tolerancia, etc., no deben ser patrimonio exclusivo de una determinada edad (Limón, 2015).

En definitiva, el estudio de la vejez y el envejecimiento han ido evolucionando desde una concepción del envejecimiento en términos de deterioro y pérdidas a la

consideración del envejecimiento como una etapa donde si bien ocurren pérdidas, también se da ganancias y la persona puede continuar desarrollándose en su vida.

Dentro de estos nuevos estudios acerca del envejecimiento, podemos encontrar los aportes de Iacub. El autor plantea al envejecimiento como un proceso, donde a lo largo de la vida el sujeto va adquiriendo las características asociadas a la vejez, las cuales mutan dependiendo la diversidad histórica, cultural, generacional y la propia del individuo. Es por esto, que los signos del envejecimiento que anteceden a la vejez no son generalizables y tampoco se pueden clasificar. Ejemplos de estos signos serían el deterioro, la maduración y la sabiduría (Iacub, 2011).

Menciona además, que nos encontramos transitando un nuevo fenómeno social, “el proyecto de los mayores”. Los adultos mayores de la actualidad son capaces de hacer cosas que antes no se esperaban de ellos. El adulto mayor ya no es ese sujeto que debe mantener reposo, un sujeto a quien se debe cuidar sino un individuo capaz de ser autónomo y útil (Iacub, 2001, citado en Iuliano 2019). Cada vez la edad va teniendo menor relevancia en las sociedades contemporáneas, ya que se va produciendo una homogeneización en diferentes aspectos de la vida, por eso se vuelve tan complejo pautar cuándo comienza o cuándo termina una etapa vital.

Otra mirada de la vejez es la que propone Muchinik (2005), quien desde una perspectiva teórica enmarcada en la psicología social propone como marco teórico el concepto “curso de vida”, que permite alejarse de esas concepciones biologistas que, como se mencionaba anteriormente, ponen el foco en el establecimiento del envejecimiento a partir de la edad. El concepto que ella propone, conlleva una idea del sujeto como agente de su propio devenir. La autora, busca un nuevo concepto que permita formular cómo lo individual, lo histórico y lo social se entretajan para configurar la trama del curso de la vida humana. Además, postula que con el paso de los años se van transitando múltiples y diversos caminos y se acumula la experiencia, lo que da como resultado adultos mayores totalmente diferentes entre sí.

El proceso del envejecimiento, como menciona Salvarezza (1996), se encuentra influido de manera determinante por factores biológicos, psicológicos y sociales, cobrando una gran importancia el entorno en donde se desenvuelve la persona y el proceso histórico en el que se construye y construye su vida, sus pensamientos, sentimientos y formas de vivir.

Ballesteros (2004) agrega que una de las características más notables del proceso de envejecimiento es la enorme variabilidad que existe. Cada persona que llega a la

vejez es diferente. A medida que aumenta la edad, aumentan las diferencias entre los individuos debido a la diversidad de circunstancias y de contextos históricos vividos, de forma tal que aparece una variabilidad entre los distintos procesos, funciones psicológicas así como entre los comportamientos.

Características de la vejez

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

Los cambios biológicos hacen referencia a los cambios que se producen en los distintos sistemas biológicos del organismo. Los cambios psicológicos están referidos a lo que sucede en las funciones psicológicas como el aprendizaje, la memoria, la atención, la afectividad, percepción, entre otros fenómenos psicológicos. Los cambios sociales, en cambio, son aquellos cambios relativos a los roles sociales y estructura social.

Las personas durante el envejecimiento se encuentran expuestas a experimentar cambios biológicos. Muchos sufren enfermedades, muchos otros discapacidades y algunos otros ambas cosas, debido a trastornos de tipo crónico y progresivo, característicos de esta etapa de la vida (Arroyo Rueda, Ribeiro Ferreira, y Mancinas Espinoza, 2011). Pero, hay que resaltar que no todos los adultos mayores experimentan dichos trastornos, sino que la mayoría experimenta lo que puede llamarse un declive de sus características físicas, pero estas no son necesariamente debidas a una enfermedad, sino que son características propias del proceso del envejecimiento, siendo todas producto de la edad. Estas son, por ejemplo, menor elasticidad cutánea, menor fuerza muscular, tiempos de reacción más prolongados, menor agudeza visual y auditiva (Fernández-Ballesteros, 2011).

Dentro de los cambios psicológicos, las personas que se encuentran transitando la vejez pueden presentar pérdidas cognitivas, aunque no es correcto afirmar que esto se da en todas las personas.

En general, en las personas que se encuentran en esta etapa se preservan el vocabulario, la fonología, la sintaxis, el lenguaje escrito, la organización visual y la memoria implícita y pueden debilitarse la agudeza sensorial, la sensibilidad cenestésica y táctil, la rapidez de reacción, la eficacia en estrategias de organización semántica, las aptitudes visoconstructivas, la atención múltiple, la retención de nombres y el

procesamiento y codificación de la memoria a largo plazo. Durante la edad adulta se produce cierto declive natural de algunas funciones cognitivas como la capacidad de codificar, retener y evocar información nueva, habilidades sensoespaciales y la velocidad de procesamiento. También puede producirse una disminución en el recuerdo de detalles y en la memoria no verbal, y un procesamiento de información para el juicio verbal más superficial (Acuña, M., y Risiga, M., 1997).

Con el envejecimiento se observa un pensamiento más rígido, con apego al conservadurismo, junto a una conducta egocéntrica y de oposición, obsesividad, suspicacia, desconfianza y ritualización. Se observa además la idealización del pasado, la aparición de miedos irracionales y la tendencia a la repetición (Iuliano, 2019).

Desde la perspectiva de la salud mental, esta pandemia, debido a las consecuencias económicas, los efectos en la salud y el miedo al contagio, genera un riesgo psicosocial elevado en el adulto mayor, afectando de manera directa su estado de ánimo. Es en este contexto donde como consecuencia puede ser probable que aparezcan distorsiones cognitivas donde el adulto mayor comienza a tener pensamientos distorsionados o catastróficos, donde crea que no puede controlar la situación y que se encuentra desprotegido (Universidad de Buenos Aires [UBA] 2020).

En relación a la dimensión social, se puede mencionar que la mirada hacia ella fue cambiando con el tiempo.

En la década de los 50, con la teoría del desapego de E. Cumings y W. E. Henry, se postulaba que a medida que el sujeto iba envejeciendo se producía una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual va generando que se vaya alejando de toda clase de interacción social (Salvarezza, 1996).

Este aspecto se ha modificado en la actualidad, donde se habla de que en esta etapa de la vida se produce una vinculación hacia nuevos roles, como el de jubilado, abuelo, viudo, etc. Esto significa que las personas se encuentran asumiendo una nueva realidad social como familiar.

El adulto mayor debe enfrentar cambios importantes en su familia, los roles previos se reestructuran y deben adquirir nuevos roles a los cuales adaptarse.

La jubilación, es decir, la salida del mercado laboral es un acontecimiento de un inevitable en el período de la vejez para aquellos adultos mayores que han mantenido una vida profesional/laboral activa. Dicho acontecimiento puede tener un impacto menor o mayor en su quehacer cotidiano depende el significado que cada persona le otorgue.

Como menciona De Ussel (2001), la jubilación puede llevar a la falta de iniciativa para aprovechar la gran cantidad de tiempo libre de que se dispone, junto con una falta de adaptación al cambio de rol y de estatus social. Es importante, como menciona Ferrari Barba (2015), que la persona pueda reorganizar las rutinas ya que ahora él es el responsable directo de la distribución de su tiempo y del emprendimiento de nuevas actividades.

S. de Beauvoir (1970, como se citó en Salvarezza, 1996) afirma que en la vejez hay que aprovechar ese tiempo libre y seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida.

Asimismo, el abandono del mercado del trabajo puede llevar a una desvinculación social por empobrecimiento de las relaciones interpersonales extrafamiliares, viéndose disminuida su red de apoyo social.

El apoyo social es una característica habitualmente asociada a la salud y a la calidad de vida en la vejez. El mismo puede ser definido a partir de la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo en su red social o desde la perspectiva que se enfoca en la existencia de relaciones significativas y la apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe (apoyo social percibido) (Vivaldi y Barra, 2012).

Como menciona Arias (2009), la red de apoyo social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares, como amigos, vecinos, profesionales, que brindan alguna o varias formas de apoyo. Si bien la persona puede no recibir permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas y fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas.

La familia juega un rol muy importante en el adulto mayor en esta etapa, ya que mantener un contacto con la familia, recibir de esta afecto, cariño y atención es favorable para la salud.

En cambio, el contexto familiar de desapego y desinterés lleva a experimentar sentimientos de abandono, soledad y puede surgir la depresión (Zapata-López, Delgado-Villamizar y Cardona-Arango, 2015).

Como se mencionaba anteriormente, debido a que la persona pasa a la situación de jubilado comienza a perder vínculos sociales, el hecho de jubilarse hace que esas amistades generadas en el trabajo se comiencen a ver con menos frecuencia o el contacto con estos se pierda. Pero además, estos vínculos se vuelven cada vez más

escasos debido a las pérdidas naturales. Las redes de amistades se debilitan cuando, con el paso de los años, los amigos van falleciendo, padeciendo problemas de salud o se mudan a otras ciudades, lo cual dificulta el contacto con ellos.

Como afirma Iacub en *Identidad y envejecimiento* (2011), todos estos factores contribuyen a la falta de inserción social, la carencia de roles específicos y un posible aislamiento, con posibles sentimientos de soledad.

Cuando hablamos de la soledad en el adulto mayor, no sólo se hace referencia al hecho de que quizás se halle solo en la vivienda, sino al sentimiento interno que puede experimentar de falta de compañía, que puede surgir en él en ciertos momentos o bien de forma permanente.

Como se mencionó anteriormente, algunos factores como el desarraigo social, la carencia de redes sociales, la marginación, pueden ir asociados al estar solo, pero la verdadera soledad va asociada a sentirse solo, al sentimiento que genera de nostalgia, tristeza, añoranza, etc. (Rubio y Aleixandre, 2001). En el segundo de sus significados, la soledad constituye un sentimiento interno, una percepción subjetiva.

El hecho de vivir solo no significa que experimenten dicho sentimiento interno, así como vivir con otro integrante de la familia tampoco garantiza que no se sienta solo.

A pesar de todo, sea cual sea el hecho desencadenante de la soledad, ésta no es el principal problema de la vejez, pero durante la pandemia y el ASPO es el problema principal que pueden experimentar algunas personas mayores, constituyendo un riesgo en potencia de consecuencias negativas sobre su calidad de vida.

Complementando lo anterior, Iacub (2006) menciona que las agrupaciones de mayores en espacios asociados a la recreación, turismo, educación, permiten que este pueda sociabilizar de nuevas maneras. Estas se encuentran vinculadas con el envejecimiento exitoso, activo o positivo, ya que tienen como objetivo la integración y la equiparación de oportunidades para los adultos mayores.

Capítulo III: Calidad de Vida

El concepto “Calidad de Vida” es un concepto relativamente nuevo, abstracto que fue definido por diferentes autores y presenta diversas concepciones. Se trata de un concepto que ha sido utilizado desde diferentes disciplinas, con lo cual en cada área en que se ha desarrollado ha puesto su énfasis en lo que a ella le compete.

Los comienzos de la utilización del concepto puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, a partir del interés por parte de los investigadores de ese momento de saber la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. El uso de dicho concepto se extiende a partir de los sesenta, cuando los científicos sociales comenzaron a interesarse en estudiar las variables objetivas, como el nivel socioeconómico, el grado de educación, tipo de vivienda y otros indicadores de tipo económico, pero estos resultaron insuficientes ya que sólo explicaban un 15% de la varianza en la calidad de vida individual (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Es a partir de los años setenta que el concepto comienza a utilizarse en diversos ámbitos como lo son la salud mental, la educación, la economía, la política, entre otros.

En los últimos años, el concepto calidad de vida se ha convertido en uno de los más utilizados por distintos profesionales de diversas ciencias, como por ejemplo las ciencias ambientales, sociales y de la salud.

En las ciencias de la salud se habla del concepto Calidad de vida relacionada con la salud, el cual llegó a dicho campo con la mirada de considerar importante el bienestar de los pacientes tanto en su tratamiento como en toda su vida (Urzúa, 2010).

Por otra parte, desde el campo laboral se habla de calidad de vida profesional, Sosa-Cerda et al. (2010) la describen como el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas.

Cuando hablamos del concepto calidad de vida, nos referimos a un concepto multidimensional, complejo de definir, por lo cual resulta necesario para su comprensión y conceptualización elaborar miradas interdisciplinarias y transdisciplinarias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), citado en el Programa de Salud Mental (2002) define a la Calidad de Vida como la percepción que tiene del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Según dicha definición, se trata de un concepto amplio, afectado por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a características principales del ambiente.

En un intento de definirla, diversos autores concuerdan en que la calidad de vida es el resultado de la interacción entre factores objetivos y subjetivos.

Dentro de los factores objetivos que componen el concepto mencionado, se encuentran las condiciones externas como por ejemplo las económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales.

Por otra parte, los factores subjetivos están referidos a la valoración que hace cada persona de su propia vida (Quintanar Guzmán, 2010). Dicha percepción subjetiva es muy importante dentro de la concepción multidimensional de la calidad de vida, ya que es clave poder considerar la experiencia, las preocupaciones y los puntos de vista de las personas y no sólo los factores objetivos (Herrera y Guzmán, 2012).

Alfonso-Urzúa y Caqueo-Úrizar (2012) creen que el resultado de la calidad de vida está dado por un lado por la asignación de importancia que cada individuo hace sobre cada dominio a evaluar, y por el otro, por la brecha resultante de la comparación intra y extrasujeto, donde cobra relevancia la comparación del individuo con los demás, comparando lo que consiguió, versus lo que consiguieron los demás.

Levi y Anderson (1980, citados en Rueda 1996) señalan que, un alto nivel de vida objetivo puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Pero según ellos, esto no siempre es así. Según su pensamiento, por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad de vida individual es el ajuste o la coincidencia entre las características de la situación y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como él mismo las percibe. Esto, los lleva a conceptualizar la calidad de vida como el resultado de una adaptación entre las características de una determinada situación y las expectativas, capacidades y necesidades de la persona.

Garrido et. al (2010) mencionan que los componentes objetivos representan cuestiones sociodemográficas, así como la disponibilidad y acceso a bienes y servicios, mientras que los componentes subjetivos hacen referencia al bienestar subjetivo. Los autores agregan que dichos componentes subjetivos se encuentran compuestos a su vez por una dimensión de carácter emocional (afectos positivos y negativos) y otra de carácter cognitivo (satisfacción con la vida). De esta manera, la satisfacción con la vida es considerada el componente cognitivo de la dimensión subjetiva del constructo calidad de vida. Así, cada persona realiza una valoración entre sus metas y sus logros, y los afectos positivos y negativos, referidos al componente emocional, suelen ser respuestas a cuestiones inmediatas y de corto plazo.

Este modelo de calidad de vida supone que las personas perciben características o sucesos objetivos y los evalúan en base a sus expectativas personales o a una satisfacción personal promedio y esa satisfacción ponderada por la importancia o el valor asignado a ese factor es la que conforma, conjuntamente con otras correspondientes a diferentes áreas de la vida de la persona, su satisfacción vital o Calidad de vida (Mikulic, 2007).

Además, Mikulic (2007) expresa que todas las personas tienen determinados parámetros de cumplimiento de expectativas de logro y evalúa en base a estos las características percibida de una determinada área vital. Es la persona quien decide si sus expectativas en un área en particular se han cumplido o no y va a experimentar mayor satisfacción cuanto más cerca esté de cumplirlas.

La satisfacción total con su vida se logra, según estos modelos, cuando la persona alcanza una amplia suma de satisfacciones en áreas de su vida a las que considera importantes. Resulta importante mencionar que este es un estado fluctuante, ya que una persona puede juzgar hoy como importantes ciertas áreas y quizás el día de mañana ya no las considere así.

Finalmente, la autora menciona que al analizar el constructo es necesario realizar un recorte que contemple un enfoque ecológico, ya que el apoyo social, las conductas de apoyo, las valoraciones subjetivas, etc., reflejan las transacciones dinámicas que se producen entre las personas y sus contextos de vida.

Desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto referido al tipo de respuesta individual y social ante determinadas situaciones de la vida de la persona. A pesar de que tiene en cuenta los componentes del bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de ese bienestar, analizando también los motivos que conducen a esa satisfacción y los elementos que la componen (Moreno Jiménez y Ximénez Gomez, 1996).

Resulta complejo definir la calidad de vida en general y sobre todo la de los adultos mayores debido a que el término involucra muchas variables que se encuentran interrelacionadas entre sí y además son singulares. No todos poseen la misma economía, nivel socio-cultural, problemas de salud, etc (variables objetivas) y tampoco perciben los significados de satisfacción, felicidad, autoestima, de la misma manera.

La calidad de vida percibida en la vejez según Gonzáles-Celis (2010), está relacionada al posicionamiento que mantienen los adultos mayores sobre este período, considerando de fundamental importancia mantener una actitud positiva, mantenerse

activo física y mentalmente, así como mantener una alimentación saludable y vínculos sociales.

Rivera Ledesma (2003) citado en González-Celis, 2010) menciona que los déficit de salud en general suelen ser muy influyentes en la percepción de bienestar de los adultos mayores, En su mayoría, forman parte del principal problema a la hora de determinar su calidad de vida.

Dada la relevancia de tal variable en este grupo de personas, 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.

Otro aspecto tomado en cuenta al medir el nivel de calidad de vida del adulto mayor es la autonomía que tiene para realizar actividades cotidianas. El adulto mayor en general considera de gran valor el hecho de tener sus rutinas y hábitos y cuando esto cambia pueden aparecer conductas y estados de ánimo no saludables. Así, por ejemplo, el caminar es una de las actividades naturales que permiten preservar la salud y calidad de vida, (Salazar, Ramírez, Chaparro y León, 2014).

Velandia (1994) menciona que la calidad de vida del adulto mayor es el resultado de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana, como la vivienda, la alimentación, educación, y libertades humanas, y no solo la salud física. Según el autor, cada una de estas áreas va a contribuir de diferente para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, los cambios que ocurren en él y las adaptaciones que la persona debe realizar.

Los aspectos psicológicos también son una variable de gran influencia en la percepción de su calidad de vida. Es muy importante en este aspecto la posición que tome la persona ante el envejecimiento, así como las valoraciones que hacen de sus capacidades y limitaciones.

Otro aspecto a considerar, son los sentimientos que experimenta el adulto mayor, es importante conocer cuáles predominan y cómo son vivenciados por la persona, sobre todo los que surgen en este contexto de pandemia como lo son la tristeza, la angustia, la incertidumbre, el sentimiento de soledad, entre otros (Gonzalez-Celis, 2010).

Marco metodológico

Diseño

En la presente investigación, con el objetivo de describir la calidad de vida percibida en adultos mayores que transitaban el aislamiento social provocado por la pandemia viviendo solos y la de aquellos que lo transitaban viviendo con un familiar, se utilizó un diseño cuantitativo.

Se realizó una investigación descriptiva-comparativa ya que se pretendió especificar características de la muestra y, a su vez, comparar la calidad de vida percibida de los dos grupos en estudio.

Dicha investigación siguió un diseño no experimental, ya que fue realizada sin manipular deliberadamente variables, sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para luego analizarlos.

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 (Sampieri, 2006).

Definición conceptual y operacional de las variables/categorías de análisis

Definición conceptual de las variables

Calidad de vida: es la evaluación subjetiva que realiza una persona del grado en el cual sus necesidades, deseos y metas más importantes se encuentran realizadas.

Modalidad de convivencia: Según declaración de los sujetos.

- En soledad
- Con un familiar

Definición operacional de las variables

Calidad de vida: a partir de los datos arrojados por el ICV.

Modalidad de convivencia: según declaraciones de los sujetos.

Participantes

La población estuvo compuesta por adultos mayores de más de 65 años hombres y mujeres que transitaron el aislamiento social provocado por la pandemia en soledad y adultos mayores de más de 65 años hombres y mujeres que transitaron el aislamiento social viviendo con un familiar.

El tipo de muestreo fue intencional no probabilístico, ya que la selección de la muestra fue por conveniencia. La investigadora intervino en la selección, eligiendo 15 adultos mayores de más de 65 años que transitaron el ASPO provocado por la pandemia en soledad y 15 adultos mayores de más de 65 años que transitaron la misma situación pero viviendo con un familiar.

Técnicas e instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Calidad de Vida Percibida (ICV) desarrollado por Mikulic (2007), además de un cuestionario compuesto por seis preguntas abiertas, cerradas y preformadas.

El ICV es un instrumento que consta de 18 ítems, cada uno de los cuales representa un área de vida de la persona.

En la teoría de dicho instrumento, Mikulic (2007) los describe como:

1. Salud: es sentirse bien físicamente, sin dolores ni enfermedades.
2. Autoestima: significa respetarse a sí mismo y gustarle a uno mismo su forma de ser con sus virtudes y defectos, éxitos y fracasos, y la habilidad para manejar los problemas.
3. Metas y valores: son creencias sobre qué es lo más importante en la vida y cómo debe vivir una persona, tanto ahora como en el futuro. Esto incluye sus metas en la vida, lo que cada uno piensa que está bien o mal y la finalidad y el significado de la vida tal como cada uno lo siente.
4. Religión: es el conjunto de sentimientos y creencias que las personas profesan en su relación con la divinidad, y las normas morales y las prácticas que realizan para darle culto.
5. Finanzas: abarca el dinero que se gana, los bienes que se poseen y la creencia de que se dispondrá del dinero y de los bienes que se necesiten en el futuro.

6. Trabajo: se refiere a la profesión, oficio, o a cómo utilizar el tiempo. Puede incluir el trabajo del ama de casa o la ocupación del estudiante porque incluye las obligaciones que tiene cada uno, el dinero que gana y la gente con quien trabaja.

7. Recreación: es lo que cada uno hace con su tiempo libre para divertirse, relajarse o gratificarse. Incluye visitar amigos, mirar películas, practicar un hobby, deporte, jardinería, etc.

8. Estudio: significa obtener nuevas habilidades e información acerca de aquello que le interesa. Incluye leer libros, tomar clases de computación o cualquier otra materia.

9. Creatividad: consiste en usar la imaginación para encontrar nuevas y más inteligentes formas de resolver problemas cotidianos, o tener un hobby como la pintura, la fotografía o el tejido. Puede incluir la decoración de la propia casa, tocar un instrumento musical o encontrar una estrategia nueva para resolver un problema en el trabajo o en otro ámbito.

10. Solidaridad: significa ayudar a otros en sus necesidades o ayudar a hacer de la comunidad un lugar mejor para vivir. Puede concretarse por cuenta propia o en un grupo, como la iglesia o un partido político; puede incluir el trabajo voluntario o el dar dinero como donativo. Implica ayudar a personas que no son familiares o amigos.

11. Amor: es una relación cercana y romántica con otra persona, generalmente incluye tanto los sentimientos amorosos, la necesidad de ser comprendido y cuidado como las relaciones sexuales con otra persona.

12. Amigos: son personas a las que se conoce bien y a las que se aprecia; personas con quienes se comparten momentos de diversión y con quienes existen intereses comunes. Incluye personas con quienes se conversa sobre los problemas personales y que reciben y prestan ayuda.

13. Hijos: se refiere a los vínculos con hijos/hijas. Incluye cómo se lleva cada uno con ellos cuando los cuida, cuando los visita o cuando juega con ellos.

14. Familiares: se refiere a los vínculos con padres, hermanos, hermanas, abuelos, tías, tíos y familia política en general. Incluye cómo se lleva cada uno con ellos cuando hacen cosas juntos tales como visitarse, salir de paseo, ayudarse mutuamente, conversar, etc.

15. Vivienda: es el lugar donde cada uno vive, puede ser una casa o un departamento, si tiene patio o jardín. Incluye la percepción que cada uno tiene de la misma, si es linda o si es grande, y de lo que ha pagado o paga por su compra o alquiler.

16. Vecindario: es la zona más próxima a la casa de cada uno. Incluye la percepción que se tenga del mismo, de las personas que lo habitan, por ejemplo si está limpio, lindo, si se registran delitos, si existen vínculos con los vecinos, etc.

17. Comunidad: es la ciudad entera, el pueblo o el área rural donde cada uno vive. Incluye la percepción que cada uno tiene de esta área, de las personas que la habitan. Incluye los lugares de diversión como plazas, parques, restaurantes, clubes deportivos, etc. También se puede tener en cuenta si hay trabajo en la zona, la contaminación o inseguridad vivida, el precio de los artículos o los impuestos que se pagan por vivir en ella.

18. Ambiente: es el conjunto de factores contextuales referidos tanto a lo climático como a lo arquitectónico propio del entorno de cada uno, por ejemplo ruidos, lluvias, viento, etc. (p. 52-53)

Este ICV puede ser administrado por el evaluador o autoadministrable, en forma individual o colectiva. Puede ser aplicado a población adulta, de 18 años en adelante. Se trata de un inventario con respuestas de tipo Likert que evalúan tres niveles de importancia (no importante, importante y muy importante), tres niveles de satisfacción (muy satisfecho, bastante satisfecho y poco satisfecho) y tres niveles de insatisfacción (muy insatisfecho, bastante insatisfecho, poco insatisfecho).

Con el fin de analizar las propiedades psicométricas del instrumento, las creadoras trabajaron con una muestra intencional compuesta por 90 participantes adultos a los que se evaluó mediante las forma papel y lápiz de los instrumentos ICV y WHOQL, autoadministrados. Se realizaron dos administraciones, con una distancia de 4 semanas entre el test y el retest.

En cuanto a la validez del constructo, las creadoras afirman que este inventario refleja de manera directa la teoría de Calidad de Vida que lo sustenta por diversas maneras.

En primer lugar, por la manera en que satisfacción con la vida.

En segundo lugar, porque la satisfacción vital total se obtiene a través de la sumatoria de las satisfacciones percibidas en cada área vital específica.

En tercer lugar, por la manera en que se promedia la Satisfacción con la Importancia asignada a cada área y por último, por las 18 áreas que se valoran.

Además, han buscado establecer la validez concurrente de este instrumento, poniendo en relación los puntajes del ICV con un criterio contemporáneo aceptado del desempeño de la variable Calidad de Vida que mide.

Mikulic (2007) en la teoría de su instrumento menciona que:

Hemos buscado establecer la validez concurrente de este instrumento, poniendo en relación los puntajes del ICV con un criterio contemporáneo aceptado del desempeño de la variable Calidad de Vida que mide.

Encontramos que la prueba con mayor validación internacional en la medición de Calidad de Vida y que goza de mayor prestigio por la calidad que sustenta y sus propiedades psicométricas demostradas en la bibliografía disponible, es la WHOQL, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud.

Se administró esta técnica conjuntamente con el ICV con la finalidad de contrastar dicho instrumento y el WHOQL, en la escala correspondiente. Se obtuvo un coeficiente de 0.73, $p < 0.001$, indicando una validez adecuada. Si bien esta validez cuenta con un valor relativo ya que se trata de un criterio externo que también adolece de los errores de todas las pruebas, consideramos que este procedimiento es de práctica común y el instrumento seleccionado cuenta con una validez reconocida internacionalmente.

Test-Retest: La estabilidad temporal de los puntajes del ICV se estudiaron utilizando un intervalo de cuatro semanas entre la primer y la segunda administración a la misma muestra de 90 participantes. Resultó tener un coeficiente test-retest de 0.82, estadísticamente significativo al $p < .001$, para dicho intervalo de cuatro semanas.

Consistencia Interna: La confiabilidad que se ha obtenido a través del Coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.85. Para obtener este coeficiente no se han utilizado los puntajes brutos sino la suma de los promedios de satisfacción ponderados. Un ítem individual de esta prueba es el producto del valor asignado en Importancia y el asignado en Satisfacción dividido el número de áreas de la

vida de la persona en la cual ésta ha registrado el 1 para Importante o el 2 para Muy importante. Por lo tanto, el puntaje correspondiente a un ítem individual depende de las respuestas a todos los otros ítems. Por eso, calcular el coeficiente alfa con los puntajes brutos del ICV no es lo adecuado debido a la dependencia de los puntajes de los ítems de las respuestas a los otros ítems que no observa el supuesto de errores no correlacionados. Usar la suma de los puntajes de satisfacción ponderados para obtener el coeficiente alfa ha sido considerado un buen sustituto (Frisch, Cornell, Villanueva, Retzlaff; 1992), y es lo que se ha realizado en este trabajo. (p. 18)

Procedimientos de aplicación del instrumento

Los instrumentos fueron aplicados de manera presencial, por teléfono y por medio de terceros. Debido a la pandemia muchas personas, si bien estaban dispuestas a colaborar con la investigación, no querían que fuera de manera presencial, por miedo al COVID-19 y a un potencial contagio. Por este motivo, se buscaron otras alternativas para poder llevar a cabo la obtención de los datos sin que se requiera un contacto directo. Una de ellas fue realizarlo por llamada telefónica, lo cual permitió realizar la tarea con mucha efectividad, debido a que posibilitó aplicar los instrumentos de una manera más segura y cómoda para los participantes.

Otra de las maneras fue por medio de terceros, siendo los familiares quienes colaboraron con la aplicación del instrumento, enviando luego los datos obtenidos a la investigadora.

Además, también se realizó de manera presencial con las personas que así lo preferían.

Área de estudio

La presente investigación se llevó a cabo en la ciudad de Nogoyá, Entre Ríos.

El departamento Nogoyá se sitúa en el centro-oeste de la provincia de Entre Ríos, posee una superficie de 4.282 km² y linda con los departamentos Villaguay, Tala, Gualeguay, Victoria, Diamante y Paraná. Su ciudad cabecera es Nogoyá, la que se ubica al sur del departamento y a una distancia de 110 km de la capital provincial, Paraná.

Además de su ciudad cabecera, homónima, el departamento está compuesto por los municipios de Lucas González, Aranguren y Hernández, entre juntas de gobierno y parajes.

La localidad cubre una superficie de 7,13 km² con un total de 435 manzanas que conforman su planta urbana, y está enmarcada por el arroyo Chañar hacia el Oeste y Norte, y por el arroyo Nogoyá hacia el Este. Su población es de 39.026, según lo informa el último censo realizado (Anuario estadístico Provincia de Entre Ríos, 2016).

Consideraciones éticas

Los sujetos fueron informados acerca de los objetivos de la investigación y su participación fue de manera voluntaria. Además, se les informó que la información que provean en el curso de la investigación sería estrictamente confidencial y no sería usada para ningún otro propósito.

Se les garantizó que la información a difundir sería anónima, por lo que su identidad se mantendría siempre en reserva.

Análisis de los datos e interpretación de los resultados

Se realizó el análisis estadístico de datos con la utilización de planillas Excel. A continuación se presenta por medio de tablas y gráficos la información obtenida, con su respectivo análisis e interpretación.

Calidad de vida: análisis de cada área que la componen

Siguiendo la teoría plasmada en el instrumento elegido (ICV), la calidad de vida de un sujeto se puede clasificar como Alta, Promedio, Baja y Muy Baja.

Mikulic (2007) menciona que:

Los individuos comprendidos entre el Percentil 1 y el 27 se caracterizan por ser relativamente infelices y corren el riesgo de tener problemas psicológicos y de salud en el futuro. Las personas por sobre el percentil 28 están libres de distrés psicológico y cuentan con importantes recursos psicosociales.

Los sujetos que tienen altos puntajes en el ICV se perciben muy felices en su vida cotidiana y con un buen nivel de realización personal, pueden satisfacer sus necesidades básicas y conseguir las metas en todas o en la mayoría de las áreas de la vida que valoran. Debido a que sus necesidades, deseos y metas han sido satisfechas, no se encuentran bajo distrés psicológico. Los puntajes altos denotan personas resistentes al estrés ya que cuentan con apoyo psicológico, social y contextual. En general, son personas que viven vidas equilibradas, con un buen grado de satisfacción proveniente de diversas áreas de su vida. Con este tipo y variedad de recursos, son personas que pueden afrontar el estrés o los problemas de salud sin tener que sufrir consecuencias importantes para su salud mental y funcionamiento.

Las personas que tienen bajos puntajes en este inventario, se autoperciben, generalmente, como infelices e insatisfechas; en algún sentido fracasan en tratar de obtener lo que quieren de la vida, y no son capaces de satisfacer sus necesidades básicas y conseguir sus metas en diversas áreas importantes de la vida. Sin embargo, pueden conseguir algo de satisfacción proveniente de algunas áreas de vida, lo cual sirve para que en el tratamiento se motiven esfuerzos tendientes al cambio. A pesar de que pueden no mostrar

signos visibles de distrés, pueden sufrir de algún desorden psicológico o médico, especialmente de depresión clínica.

Con relación a la calidad de vida percibida por los participantes que vivían solos durante el ASPO, se observó que 4 perciben una alta calidad de vida, y 11 una calidad de vida promedio. Ningún participante percibe su calidad de vida baja.

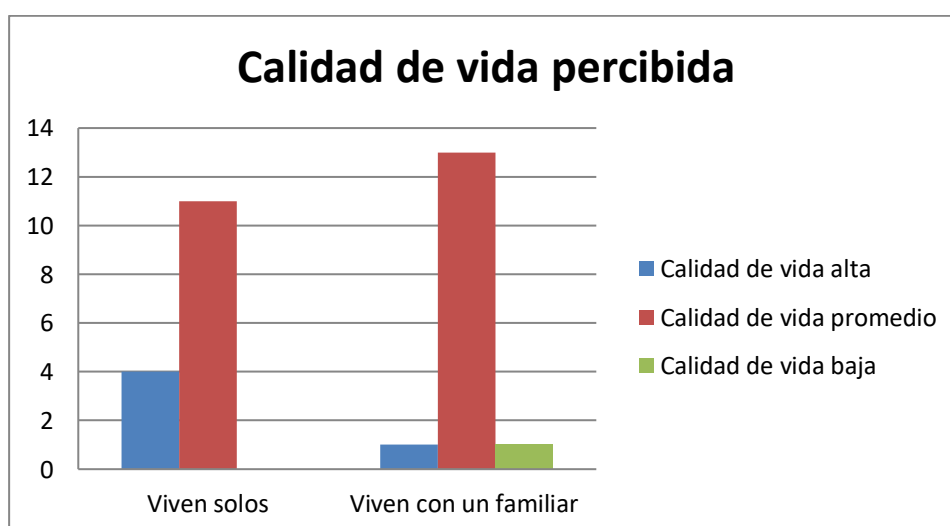
En cuanto a la calidad de vida percibida por los adultos mayores participantes que vivían con un familiar, los resultados demuestran que 1 persona percibe su calidad de vida como alta, 11 perciben una calidad de vida promedio y 1 persona la percibe como baja.

Al comparar la calidad de vida de ambos grupos, en ambos casos se observa que la mayoría percibe su calidad de vida como promedio.

Se puede ver también, que las personas que presentan una calidad de vida alta se encuentran mayormente en el grupo de los adultos mayores que durante el ASPO vivían solos.

Además, dentro de los datos se puede divisar que la única persona que percibe su calidad de vida como baja pertenece al grupo de adultos mayores que vivían con un familiar.

Gráfico 1



Adultos mayores que vivían solos durante el ASPO

Las áreas de mayor importancia asignada a la calidad de vida percibida por los participantes que vivían solos fueron salud, valores, religión, hijos y casa. Las de menor importancia correspondieron a estudio, vecindario, comunidad y ambiente (Gráfico 2).

Los participantes manifestaron mayor nivel de satisfacción en los dominios de amor, amigos, hijos y casa. La satisfacción fue baja en lo que respecta a las áreas de finanzas, parientes y vecindario (Tabla 1).

La mayor discrepancia entre la importancia asignada y la satisfacción experimentada se puede observar en las áreas parientes, comunidad y ambiente.

Gráfico 2- Resultado de “importancia” del Inventario de Calidad de vida en adultos mayores que vivían solos

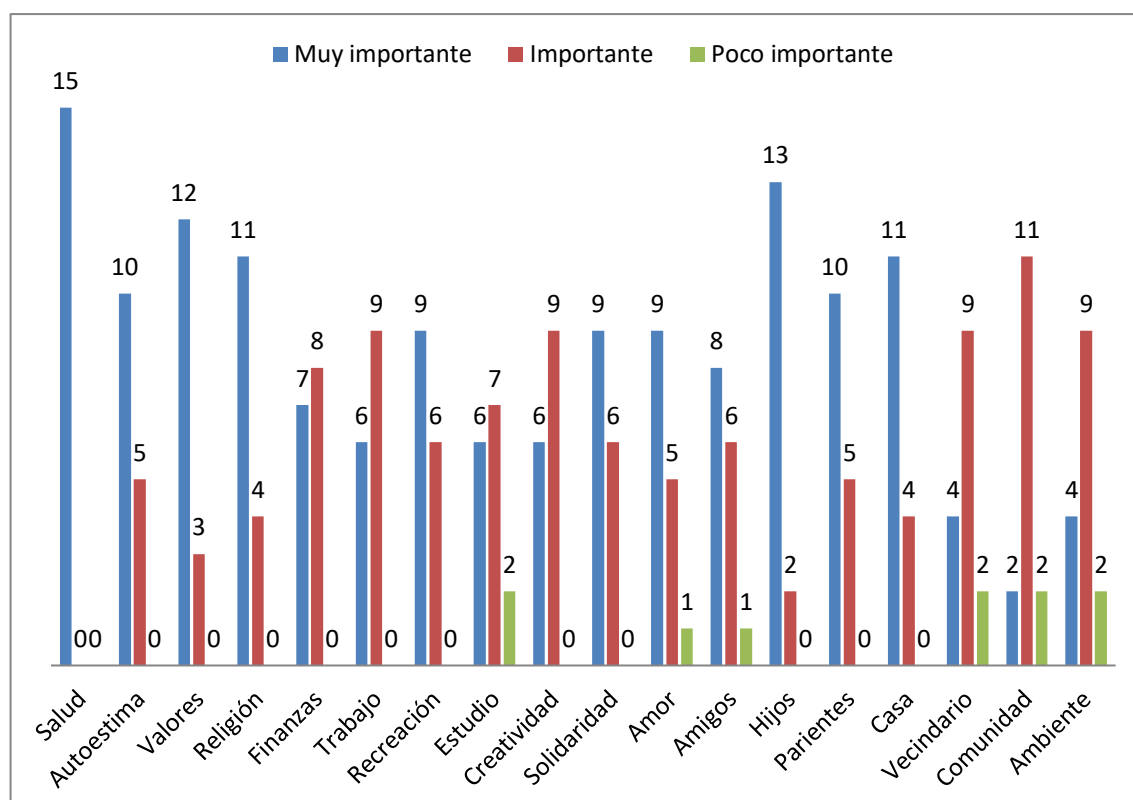


Tabla 1- Resultados de “satisfacción” del Inventario de Calidad de vida en adultos mayores que vivían solos

Áreas	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Total
Salud	4	8	3	15
Autoestima	4	9	2	15
Valores	8	7	-	15
Religión	7	5	3	15
Finanzas	3	7	5	15
Trabajo	6	6	3	15
Recreación	6	9	-	15
Estudio	6	6	3	15
Creatividad	7	4	4	15
Solidaridad	8	6	1	15
Amor	9	5	1	15
Amigos	9	6	-	15
Hijos	12	3	-	15
Parientes	8	2	5	15
Casa	10	3	2	15
Vecindario	2	8	5	15
Comunidad	2	9	4	15
Ambiente	2	9	4	15

Adultos mayores que vivían con un familiar

En este grupo se puede observar que las áreas de mayor importancia asignada a la calidad de vida percibida fueron salud, solidaridad, hijos y trabajo.

Puede observarse en ambos grupos que las áreas salud e hijos son consideradas para la mayoría muy importantes.

Las áreas consideradas de menor importancia para los adultos mayores que vivían con un familiar correspondieron a estudio, y recreación (Gráfico 3).

La mayoría de los participantes en general consideran al estudio como poco importante.

Se puede ver que manifestaron mayor nivel de satisfacción en los dominios de amor, amigos, hijos y casa. La satisfacción fue baja en lo que respecta a las áreas de estudio, finanzas, parientes y vecindario (Tabla 2).

La mayor discrepancia entre la importancia asignada y la satisfacción experimentada se puede observar en las áreas parientes, comunidad y ambiente.

Gráfico 3 – “Resultado de “importancia” del Inventario de Calidad de vida en adultos mayores que vivían con un familiar

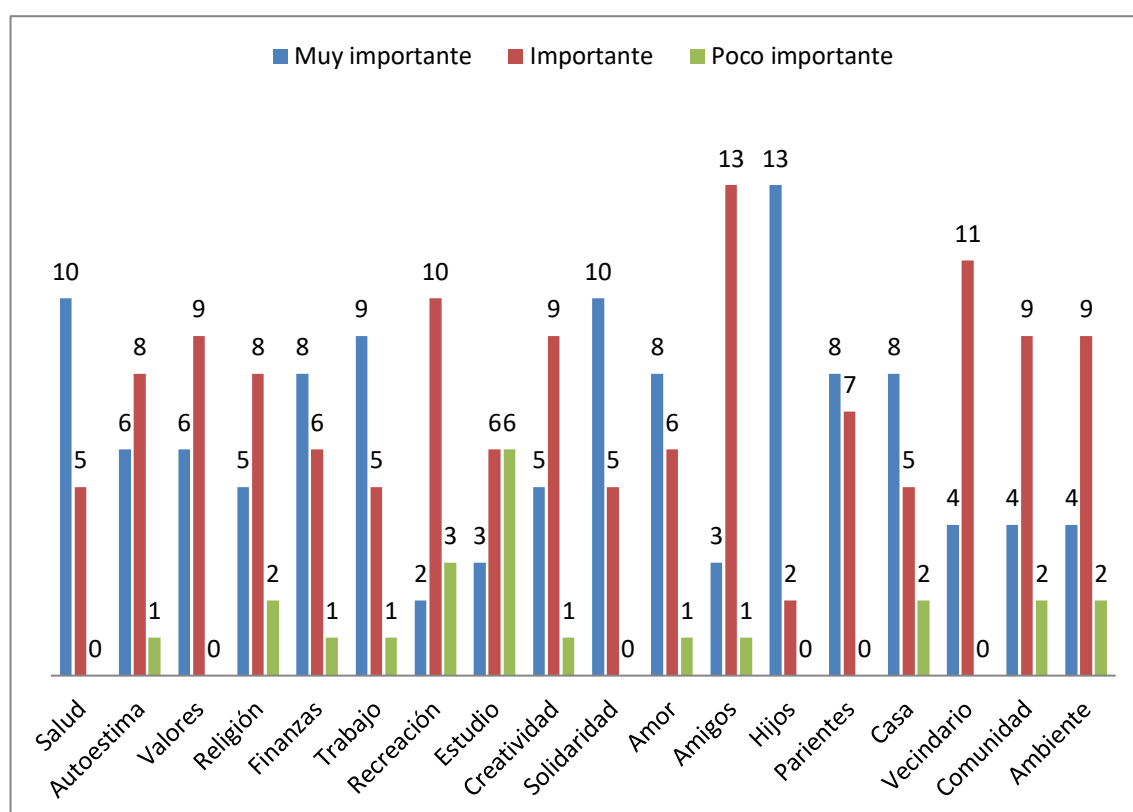


Tabla 2 - Resultado de “satisfacción” del Inventario de Calidad de vida en adultos mayores que vivían con un familiar

Áreas	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Total
Salud	8	4	3	15
Autoestima	2	8	5	15
Valores	8	5	2	15
Religión	5	7	3	15

Finanzas	-	10	5	15
Trabajo	6	5	4	15
Recreación	3	5	7	15
Estudio	3	8	4	15
Creatividad	5	8	2	15
Solidaridad	7	6	2	15
Amor	4	7	4	15
Amigos	3	5	7	15
Hijos	10	5	-	15
Parientes	4	10	1	15
Casa	6	8	1	15
Vecindario	4	10	1	15
Comunidad	5	9	1	15
Ambiente	2	9	4	15

Las áreas de mayor importancia asignada a la calidad de vida percibida por los participantes que vivían con un familiar fueron hijos, salud y solidaridad. Las de menor importancia correspondieron a estudio y recreación (Gráfico 3).

Los participantes manifestaron mayor nivel de satisfacción en los dominios de hijos. La satisfacción fue baja en lo que respecta a las áreas de amigos y recreación.

No obstante, las mayores diferencias entre ambos grupos pueden verse en la satisfacción con las áreas recreación y amigos, ya que las personas que vivían con un familiar manifestaron una menor satisfacción en estas áreas, mientras que las personas que vivían solas no lo manifiestan de esa manera, sino que la mayoría respondió todo lo contrario.

Las respuestas con respecto a la satisfacción experimentada en los ítems comunidad y ambiente fueron las mismas en ambos grupos.

En cuanto a la importancia, puede verse una mayor diferencia en respuestas en lo que respecta al área estudio, donde las personas que vivían con un familiar manifiestan en su mayoría poca importancia a esta área, mientras que los adultos mayores que vivían solos manifestaron en su mayoría que era un área de bastante importancia.

Puede observarse que en los ítems comunidad y ambiente, las respuestas con respecto a importancia fueron las mismas en ambos grupos.

En los ítems restantes no se observan grandes diferencias entre ambos grupos, sino que ambas respuestas en lo que respecta a la importancia y satisfacción con cada una de ellas fueron similares.

Análisis del cuestionario

En relación a la pregunta acerca de si mantuvo contacto físico o virtual con un familiar durante el ASPO, la mayoría de las personas que vivían solas respondieron que sí, siendo una sola persona la que respondió no haber tenido contacto con sus familiares.

Con respecto a la pregunta de si mantiene amistad con alguna persona, todos manifestaron que sí. Luego, se les consultó si tuvieron contacto físico o virtual con sus amigos durante el ASPO, 8 respondieron que el contacto fue físico, 4 que el contacto fue de manera virtual y 3 manifestaron haber tenido ambos tipos de contacto, físico y virtual.

Al indagar si los participantes tuvieron contacto físico o virtual con sus vecinos, 10 respondieron que sí y 5 que no.

Tabla 3

	SI	NO	TOTAL
¿Cuenta con algún miembro familiar con quien haya mantenido contacto (físico o virtual) durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?	14	1	15
¿Mantiene amistad con alguna persona?	15	0	15
¿Tuvo contacto físico con su/sus amigos durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?	8	7	15

¿Tuvo contacto virtual con su/sus amigos durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?	4	11	15
¿Tuvo contacto físico y virtual con su/sus amigos durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?	3	12	15
¿Mantuvo contacto (físico o virtual) con sus vecinos durante la situación mencionada anteriormente?	10	5	15

Dentro de los participantes que vivían con un familiar, la totalidad respondió que durante el ASPO tuvieron contacto con otros familiares.

Con relación a si mantiene amistad con alguna persona, 10/15 manifestaron tener amistades y 5/15 expresaron que no tenían. Luego, al grupo que respondió que sí, se les consultó si tuvieron contacto físico o virtual con sus amigos, 5/15 respondieron que el contacto fue físico, 2/15 que el contacto fue de manera virtual y 3/15 manifestaron no haber tenido contacto con sus amigos durante el ASPO.

Cuando se consultó si tuvieron contacto físico o virtual con sus vecinos, 4/15 respondieron que sí y 11/15 que no.

Tabla 4

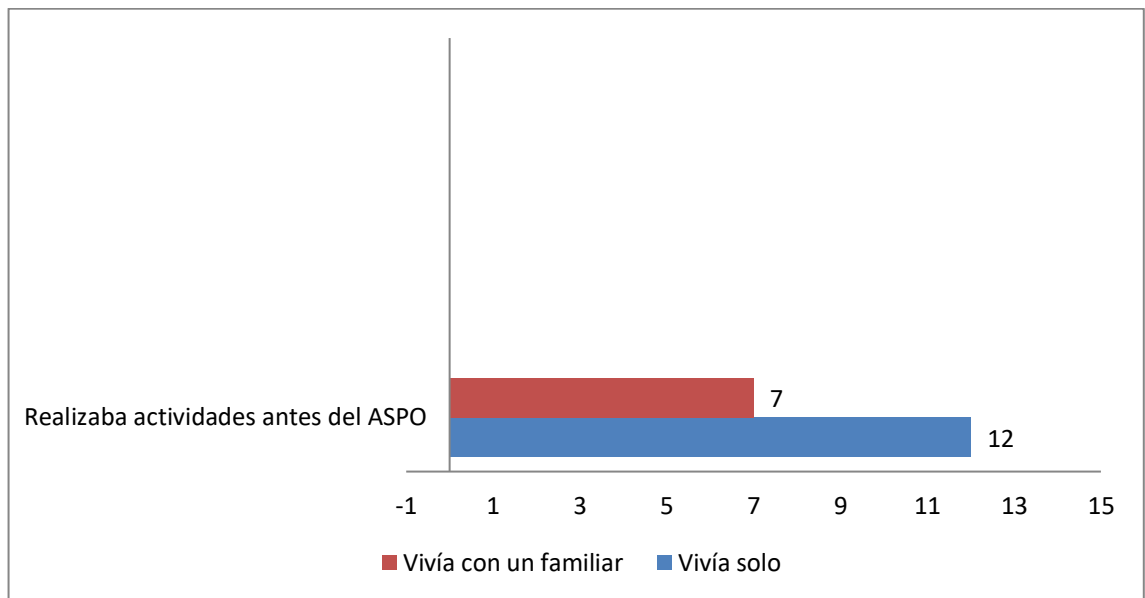
	SI	NO	TOTAL
¿Cuenta con algún miembro familiar con quien haya mantenido contacto (físico o virtual) durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?	15	0	15
¿Mantiene amistad con alguna persona?	10	5	15

¿Tuvo contacto físico con su/sus amigos durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?	5	10	15
¿Tuvo contacto virtual con su/sus amigos durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?	2	13	15
¿Tuvo contacto físico y virtual con su/sus amigos durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?	3	12	15
¿Mantuvo contacto (físico o virtual) con sus vecinos durante la situación mencionada anteriormente?	4	11	15

Por último, se les preguntó si realizaban actividades de su interés antes del ASPO, tales como actividad física, trabajo, reuniones sociales, cursos, talleres, otros. Si la respuesta era afirmativa, debían indicar cuáles.

Dentro de las respuestas, se pudo observar que de las personas que vivían solas, 12/15 realizaban actividades antes, y de las personas que vivían con un familiar un total de 7/15.

Gráfico 4



Las actividades mencionadas por las personas que vivían solas fueron,

- Caminatas
- Trabajo
- Actividad física (gimnasio)
- Pintura
- Talleres
- Ayuda solidaria
- Actividades pastorales
- Yoga en un centro.
- Reuniones sociales

Una gran parte de los participantes expresaron que realizaban caminatas dentro de sus actividades antes de la pandemia, además la mayoría participaba también de reuniones sociales.

Dentro del total de las personas que realizaron actividades, 3/12 trabajaban.

Además, 3/12 personas realizaban “Actividad física”.

Una persona manifestó realizar “Pintura”, mientras que 2/12 mencionaron realizar “Talleres”, “Ayuda solidaria” y “Actividades pastorales”.

Una de las participantes mencionó realizar “Yoga” en un centro.

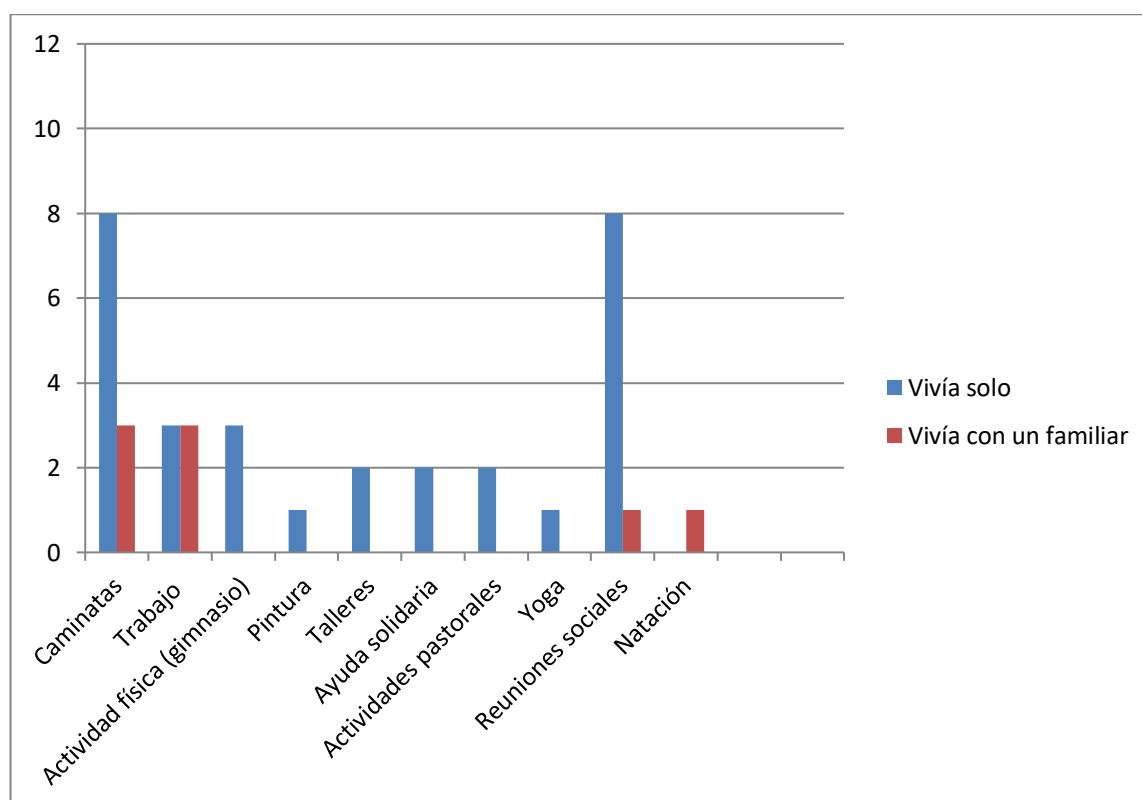
Las actividades realizadas mencionadas por las personas que vivían con un familiar fueron,

- Caminatas
- Natación
- Reuniones sociales
- Trabajo

Menos de la mitad de las personas que vivían con un familiar respondieron caminatas y trabajo como actividades realizadas antes de la pandemia.

La actividad “natación” fue mencionada por una sola persona, al igual que la actividad “reuniones sociales”.

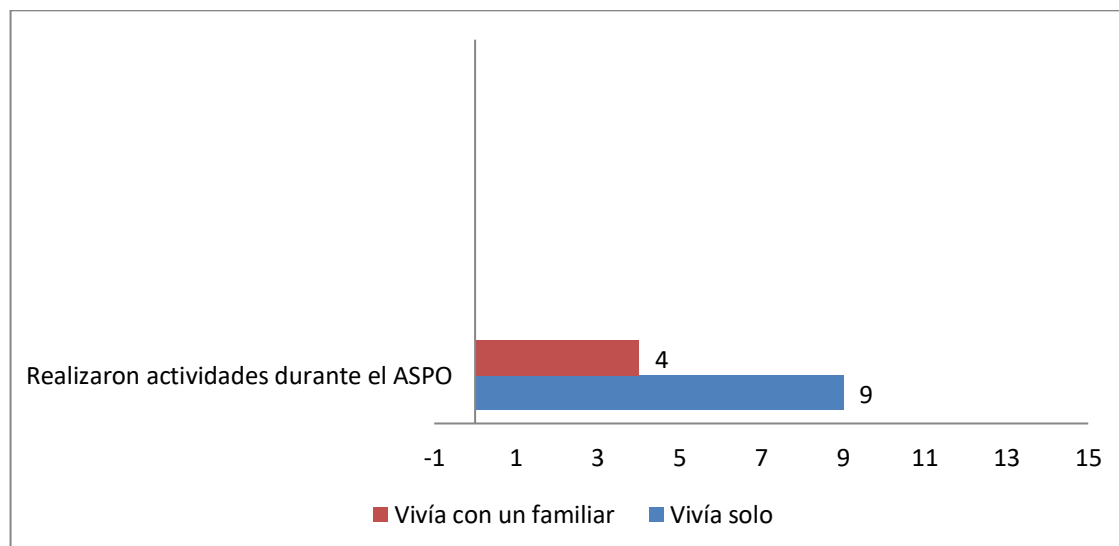
Gráfico 5



Luego se indagó acerca de si habían realizado actividades durante el ASPO, mencionándoles como ejemplo las mismas que en la pregunta anterior, y también se les pidió, si la respuesta era afirmativa, que mencionaran cuáles e indicar si fueron de manera presencial o virtual.

En las respuestas se encontró que, de las personas que vivían solas, más de la mitad realizaron actividades durante el ASPO, mientras que de las personas que vivían con un familiar, sólo 4/15 realizaron alguna actividad.

Gráfico 6



Las actividades mencionadas por las personas que vivían solas fueron,

- Baile
- Trabajo
- Reuniones sociales
- Caminatas
- Pintura
- Ayuda solidaria
- Talleres
- Actividades pastorales
- Reuniones virtuales
- Yoga en su casa

Las personas que manifestaron haber realizado durante el ASPO baile, yoga, pintura y trabajo, indicaron que estas tareas se desarrollaron de manera virtual.

En cambio, las personas que respondieron “reuniones sociales”, “caminatas”, “actividades pastorales”, “talleres” y “ayuda solidaria”. , todas indicaron que fueron realizadas de manera presencial.

Las actividades mencionadas por las personas que vivían con un familiar fueron,

- Reuniones sociales
- Trabajo

Dentro de este grupo, todos los participantes realizaron sus actividades durante el ASPO de manera presencial.

Tabla 5

Actividades realizadas		
	Vivía solo	Vivía con un familiar
Baile	-	1
Trabajo	3	3
Reuniones Sociales	2	1
Caminatas	-	1
Actividad física	-	2
Pintura	-	2
Ayuda solidaria	-	2
Talleres	-	2
Actividades pastorales	-	2
Reuniones virtuales	-	-
Yoga en su casa	-	1

En los resultados se puede observar cómo, a pesar de la pandemia y del ASPO, muchos adultos mayores continuaron realizando actividades de su interés, algunos adaptándolas a la situación y muchos otros realizándolas de la misma manera que antes, como es el caso de los participantes que realizaron actividades pastorales, talleres, ayuda solidaria y algunos de los que trabajaban y no dejaron de hacerlo de manera presencial.

Además, muchos solían salir a caminar pero con el ASPO debieron dejar de hacerlo y por esa razón comenzaron a ejercitarse en sus casas.

Muchos otros, a pesar de lo establecido en el Decreto DNU 297/ 2020, “Que, asimismo se establece la prohibición de desplazarse por rutas, vías y espacios públicos,

a fin de prevenir la circulación y el contagio del virus COVID-19, continuaron realizando sus caminatas al aire libre.

También se puede observar que algunas personas dejaron de realizar actividades y muchas otras incorporaron nuevas actividades a sus rutinas, como por ejemplo el baile y la actividad física.

Otro dato relevante, es que las personas que realizaron mayores actividades antes y durante el ASPO fueron las que vivían solas. Podría pensarse que esto se debe al hecho de no tener otra persona con quién compartir momentos dentro de sus hogares, ante el nuevo decreto y el hecho de encontrarse viviendo solos, sin poder tener contacto con otras personas, decidieron emprender actividades para distraerse y poder pasar el tiempo de una mejor manera.

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, sumado a los cambios debido a la pandemia, la calidad de vida se encuentra relacionada principalmente con el posicionamiento y la percepción que mantienen dichas personas sobre el período de la vejez, mantener una actitud positiva, estar activo física y mentalmente, mantener una alimentación saludable, como así también interacciones y apoyos sociales.

Además, es este grupo quien menos respetó las medidas de encierro y confinamiento, siendo la mayoría quienes continuaron con sus actividades habituales.

Dichos datos nos muestra cómo la mayoría de los adultos mayores de la sociedad actual gozan de llevar a cabo actividades que lo motiven, lo entretengan y sobre todo quizás lo distraigan de la situación de pandemia. Como menciona Rodríguez-Artalejo (2011) siguiendo el posicionamiento de “envejecimiento activo”, muchos de los adultos mayores deciden cuidar su salud, realizar actividad física, llevar a cabo nuevas actividades de su interés y mantener una buena red social, compuesta por familiares y amigos, aunque quizás deban realizarlo de una manera diferente a la habitual o se vean expuestos a un posible contagio de COVID-19.

Puede observarse además, que si bien la teoría y el ICV demostraron que los adultos mayores perciben su salud como importante, el cuestionario hizo visible que el área de mayor importancia para los participantes en la pandemia fue la familia. Para ellos, el intercambio con sus familiares tuvo un valor fundamental, ya que encontraron en ellos el componente necesario para hacer frente a las consecuencias de la situación

actual, dejando de lado el miedo a enfermarse para poder pasar tiempo de calidad junto a estos.

Conclusión

A partir de la información obtenida, puede mencionarse que casi la totalidad de los sujetos incluídos en la muestra perciben su calidad de vida como promedio, lo cual permite pensar que el hecho de haber atravesado el ASPO viviendo solos o viviendo con un familiar no les ha impedido satisfacer sus necesidades básicas y conseguir las metas en la totalidad o la mayoría de las áreas de la vida que valoran. La mayoría son personas que pese al contexto de pandemia pueden afrontar el estrés o los problemas que este puede generar, sin tener que sufrir consecuencias importantes para su salud mental y funcionamiento (Mikulic, 2007).

En resumen, los datos arrojados permiten ver que el hecho de haber atravesado el ASPO viviendo solos o con un familiar no fue un condicionante para que el adulto mayor perciba una mayor o menor calidad de vida.

Esto se debe al hecho de que cada persona es individual y la percepción de su calidad de vida va a depender de diversos factores, además de que tan satisfecha esté con las áreas consideradas importantes para ella.

No todas las personas que viven con un familiar consideran importantes las mismas áreas, así como tampoco se encuentran igual de satisfechos con ellas. Lo mismo sucede en las personas que viven solas. Es por este motivo que difieren las percepciones de la calidad de vida entre ambos grupos.

Teniendo en cuenta los resultados, se pudo encontrar similitudes con el estudio realizado por Nequiz-Jasso et al (2017), donde se encontró también que el 70% de los adultos mayores participantes tienen una percepción promedio de su calidad de vida.

Asimismo, también son resultados parecidos los que arrojaron las investigaciones de Marcelo-Rio y Marino-Tamayo (2018) y Alvarado-Mercado y Chávez-Sánchez (2020) donde la mayoría de los adultos mayores manifestaron una percepción regular de su calidad de vida.

No obstante, los datos obtenidos difieren en su totalidad con los obtenidos en las investigaciones de Flores-Herrera et al (2018) y Peña-Marcial et al (2019), los cuales expresan que dicho grupo en general, presentan una percepción baja de la calidad de vida.

Por otra parte, el cuestionario aplicado, aportó también gran información para la presente investigación. El hecho de poder conocer las actividades realizadas por los

adultos mayores antes de la pandemia y durante ella, nos brinda datos interesantes que nos permiten divisar qué actitud tomó cada adulto mayor ante el decreto del ASPO.

Los datos arrojados nos muestran cómo la mayoría de los adultos mayores que vivían solos presentaron mayor iniciativa en cuanto a la realización de actividades, a diferencia de los que vivían con un familiar que realizaron un menor número de estas. Este sostenimiento del valor de la ocupación y de la actividad significativa resultó un medio genuino para su bienestar.

Asimismo, se pudo ver cómo las personas que vivían solas y percibían su calidad de vida como alta, fueron quienes sintieron las medidas del ASPO como una injusticia, un intento de “controlarles su libertad”. Como menciona Velandia (1994), las libertades humanas son un aspecto fundamental en la calidad de vida del adulto mayor, y no sólo la salud física.

Esto no se dio de la misma manera en la mayoría de las personas que vivían con un familiar y percibían su calidad de vida como promedio o baja, estos tomaron dichas medidas como protectoras y fueron quienes más las respetaron.

Además, puede observarse cómo la situación permitió que varias personas tuvieran la posibilidad de conversar a la distancia con sus vecinos, sobre todo quienes vivían solos, ya que eran las personas más cercanas con quienes se podía tener un contacto sin necesidad de salir de sus casas. Conversaciones de vereda a vereda que la mayoría anteriormente no tenían, y permitieron relacionarse con sus vecinos de una manera inusual. Una de las consecuencias de dicha pandemia podría ser el fortalecimiento de estas redes sociales con los vecinos, encontrando en ellos sostén y compañía.

Un punto en común entre todos los participantes fue que encontraron en su familia el sostén necesario para atravesar esta situación de la mejor manera. La mayoría siguió manteniendo contacto con su familia, reuniéndose y compartiendo momentos que ambos disfrutaban, siendo un medio de distracción y entretenimiento para ellos, sobre todo para quienes vivían solos. Puede pensarse, como mencionaban Zapata-López, Delgado-Villamizar y Cardona-Arango (2015) que la familia tuvo un rol muy importante en el adulto mayor en esta situación, ya que recibir de ellos atención, afecto y cariño fue favorable para su bienestar, evitando los sentimientos de soledad que pueden llevar por ejemplo a la depresión.

Resultados similares pueden observarse en la investigación llevada a cabo por Alcívar García y Revelo Vergara (2020), donde se pudo establecer que en los adultos

mayores prevaleció la unión familiar y social como mediador significativo y positivo, lo cual ayudo en gran medida a sobrellevar el contexto de pandemia.

No obstante, difiere con lo encontrado por Marcelo-Rio y Marino-Tamayo (2018), quienes obtuvieron en sus resultados que la mayoría de los adultos mayores que participaron en su investigación percibían un apoyo familiar moderado. Cabe mencionar que dicha investigación fue llevada a cabo fuera del contexto de ASPO.

Otro aspecto que surgió del cuestionario y, aunque no forma parte de los objetivos propuestos se consideró pertinente incluir, fueron los sentimientos experimentados por los participantes durante el contexto mencionado. Se consideró importante, debido a que la pandemia no solo es biológica, sino que también es una pandemia social, donde la conjunción de pandemia y ASPO ha afectado los pensamientos y emociones de las personas.

La sociedad se vio inundada de noticias alarmantes y todo ello provoca en el ser humano emociones como la ansiedad, estrés, frustración, miedo y otros malestares propios de la incertidumbre de la situación.

En consecuencia de lo antes mencionado, los sentimientos mayormente experimentados por los adultos mayores fueron principalmente miedo, angustia y tristeza, no sólo por la situación experimentada personalmente sino por las situaciones que experimentaban sus familiares, conocidos y allegados. Conocer los sentimientos que genera en los adultos mayores la pandemia y el aislamiento resulta importante para poder afrontar la pandemia de una manera integral, atendiendo así el impacto que tiene en las personas a nivel físico, social y subjetivo.

Análisis de debilidades y fortalezas del estudio

Para concluir, cabe mencionar que la presente investigación se encontró con ciertas limitaciones.

En primer lugar se debe mencionar el tamaño de la muestra. El hecho de encontrarnos transitando una pandemia y el ASPO, llevó a que se dificultara encontrar personas de más de 65 años que quieran participar de la investigación, ya que muchos no usan redes sociales y se volvió complejo el hecho de que se enteraran que la misma se estaba llevando a cabo. Además, muchos no querían participar por el miedo que les generaba la situación. Si bien la muestra fue de 30 personas en total y permitió describir la calidad de vida de los adultos mayores participantes, hubiese sido conveniente una

muestra mayor y además implementar otros instrumentos que permitan obtener una mayor profundidad de conocimiento sobre la temática estudiada.

Para futuras investigaciones, se sugiere que se analice en mayor profundidad la medida en que afectan a la percepción de la calidad de vida las áreas salud e hijos, ya que las mismas fueron las principales consideradas como importantes para los adultos mayores de ambos grupos.

Por último, se propone además que se pueda analizar en un futuro y fuera del contexto de pandemia, en qué medida la condición de vivir solo o con un familiar repercute en la calidad de vida de estas personas.

Referencia Bibliográfica

- Acuña, M., y Risiga, M. (1997). *Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria. Guía para profesionales que trabajan con pacientes añosos*. Paidós.
- Alcívar García, M. C., y Revelo Vergara, B. M. (2020). Efectos de la pandemia COVID-19 en la calidad de vida de adultos mayores de la ciudad de Puyo [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Alfonso Urzúa, M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 138, 358-365.
- Alvarado Mercado, Y. F., y Chávez Sánchez, R. G. (2020). Apoyo familiar y calidad de vida del adulto mayor [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo.
- Aparicio- Baquen, L., Aparicio-Gómez, C., y Hernández-Niño, J. (2020). Calidad de vida en niños, adolescentes y jóvenes durante elconfinamiento obligatorio familiar en Bogotá por COVID-19. *Revista Internacional de Pedagogía e Innovación Educativa*, 1 (2). 11-28.
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147-158.
- Arroyo Rueda, M. C., Ribeiro Ferreira, M., y Mancinas Espinoza, S. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados: Historias, subjetividades y significados sociales*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/vejez_y_sus_cuidados.pdf
- Ballesteros (2004). *La Psicología de la vejez*. Universidad Autónoma de Madrid.
- De Ussel, J, I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, Familiares y Sociales. Análisis cualitativo*. Imserso.
- Decreto 297/2020 [con fuerza de ley]. Aislamiento social, preventivo y obligatorio. 20/03/2020. N° 15887/20.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Limitaciones y posibilidades de la edad. En Vicente López (Ed). *Envejecimiento activo* (pp. 105-148). IMSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Limitaciones y posibilidades de la edad. En Vicente López (Ed). *Envejecimiento activo* (pp. 105-148). IMSERSO.
- Ferrari Barba, V. (2015). Soledad en la vejez. El adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio [Trabajo final de grado]. Universidad de la República.
- [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-HabitabilidadYCalidadDeVida-1333780%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-HabitabilidadYCalidadDeVida-1333780%20(1).pdf)

- Flores-Herrera B. I, Castillo-Muraira Y, Ponce-Martínez D, Miranda-Posadas, C., Peralta-Cerda, E.G., y Durán-Badillo, T. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida: una perspectiva desde el contexto familiar. *Rev Enferm IMSS*, 26 (2), 83-88.
- Garrido, R., Fernández, M., Villalba, E., Pérez, P., Fernández, M. (2010). Evidencias de validez de la adaptación al español de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) en una muestra de estudiantes universitarios. *Metodología de encuestas*, 12, 45-62.
- Gomez, J. F., y Curcio C. L. (2014). *Salud del anciano: valoración*. Blanecolor.
- González-Celis Rangel, A. L. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor.
http://pactemospaz.utsem-morelos.edu.mx/files/librosdocentesydirectivos/adultos_mayores/Calidad%20de%20Vida%20Adulto%20Mayor.pdf
- Guzmán Muñoz, E., Concha Cisternas, Y., Carlos Lira, C., Vásquez Yáñez, J., y Castillo Retamal, M. (2021). Impacto de un contexto de pandemia sobre la calidad de vida de adultos jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2). 2.
- Hernández Duarte, E. L., y Ariza Muñoz, S. P., (2021). *Calidad de vida de adultos mayores en el marco de la pandemia por COVID-19. Montería 2020*. Facultad de Ciencias de la Salud.
- Herrera, A., y Guzmán, A. (2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 65-76.
- Iacub, R. (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas desde occidente*. Paidós.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Paidós.
- Iuliano, R. (2019). *Vejez y envejecimiento: Aportes para la investigación y la intervención con adultos mayores desde las ciencias sociales, la psicología y la educación*. Universidad Nacional de la Plata.
<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.1008/pm.1008.pdf>
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., y Tuma, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciênc. saúde coletiva*.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
- Limón Mendizabal, M. R. (2015). Envejecimiento activo. *Crítica*, 998, 22-27.
- Lino Gonzáles, A.L., y Téllez Alanís, B. (2021). Ser adulto mayor en tiempos de Covid-19. *Elementos* 121, 17-22.

- Marcelo-Rios, V. A., y Marino-Tamayo, J. K. (2018). Apoyo familiar percibido y calidad de vida en el adulto mayor, Centro de Salud El Pallar, Huamachuco [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo.
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente?. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152.
- Mías, C. D. (2009). *Quejas de la memoria y deterioro cognitivo leve. Concepto, evaluación, prevención*. Encuentro.
- Mikulic, I. M. (2007). *Calidad de Vida: Aportes del Inventario de Calidad de Vida Percibida y del Inventario de Respuestas de Afrontamiento a la Evaluación Psicológica (Ficha n°3)*.
- Moreno Jiménez, B y Ximénez Gomez, C. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. Manual de Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI.
- Muchnik, E. (2005). *Envejecer en el siglo XXI*. Lugar.
- Naciones Unidas Argentina (2020). Covid-19 en Argentina: Impacto socioeconómico y ambiental.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informecovid19_argentina.pdf
- Nequiz Jasso, J., Munguía Gomez, A., E izquierda Barrera, E. (2017). Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la Clínica Universitaria Reforma. *Enf Neurol* 16 (3).
- Organización Internacional del trabajo (2020). *El COVID-19 y el mundo del trabajo en Argentina: impacto y respuestas de política*.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_740742.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista española de geriatría y gerontología*, 37(s2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Covid-19: cronología de la actuación de la OMS.
<https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Organización Mundial de la Salud. Programa de salud mental. *WHOQOL Calidad de vida*.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>

- Peña-Marcial. E., Bernal-Mendoza, L. I., Reyna-Avila, L., Pérez-Cabañas, R., Onofre-Ocampo, D. A., Cruz-Arteaga, I. A., Silvestre-Bedolla, D. A. (2019) Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Univ. Salud*, 21 (2), 113-118.
- Pérez Valdés, M., Álvarez Morales, N., y Rodríguez Cárdenas, E. (2020). Repercusión psicológica y social de la pandemia COVID-19. *Revista Electrónica Medimay*, 27 (2) 252-61.
- Quintanar Guzmán, A. (2010) Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de tetepango, hidalgo: a través del instrumento whoqol-bref. [Tesina, Escuela Superior Actopan]. UAEH Biblioteca Digital.
- Resolución N° 2883. 2020. Argentina. Poder Legislativo Nacional.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239326/20201230>
- Robledo Marín, C. (2020) *La vejez. Reflexiones de la postpandemia*. Opción Colombia.
- Robledo Marín, C. (2020). *La vejez. Reflexiones de la postpandemia*. Opción Colombia.
- Rodríguez-Artalejo, F. (2011). Envejecer satisfactoriamente. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(1), 1-2.
- Rubio Herrera R., y Aleixandre Rico, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(2).
- Rueda, S. (1996) Habitabilidad y calidad de vida. *Cuadernos de Investigación Urbanística*.
- Robledo Marín, C. (2020) *La vejez. Reflexiones de la postpandemia*. Opción Colombia.
- Ruiz-Bravo A., y Jiménez-Varela M (2020). SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharmaceutica*, 61(2), 63-79.
- Salazar, J. D., Ramirez, J. F., y Chaparro, D. (2014). Revisión sistemática sobre el impacto de la actividad física en los trastornos de la marcha en el adulto mayor. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 118 (4), 30-39.
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós.
- Sosa-Cerca. O. R., Cheverría-Rivera, S., y Rodríguez-Padilla, M.E. (2010). Calidad de vida profesional del personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 18 (3), 153-158.
- Universidad de Buenos Aires. (2020). Recomendaciones psicológicas para afrontar la pandemia.
https://www.psi.uba.ar/institucional/agenda/covid_19/recomendaciones_psicologicas.pdf

- Urzúa, A., Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- Valarezo García, C. L. (2016) Adulto mayor: Desde una vejez “biológica-social” hacia un “nuevo” envejecimiento productivo. *Maskana*, 7 (2), 29-41.
- Velandia A. (1994). *Investigación en salud y calidad de vida*. Universidad Nacional de Colombia.
- Vivaldi, F., & Barra, B. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.
- Zapata, B., Delgado, N. y Cardona, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17(6), 848-860. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.3473>
- Zarebski, G. (2008). *Hacia un buen envejecer*. Emecé.
- Zetina Lozano, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5 (19), 23-41.

Anexos A

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA (I.C.V)

Dra. Isabel M. Mikulic

Este Inventario forma parte de una investigación llevada a cabo por Planiscig Mariana como parte de su Tesis final para obtener el título de Licenciada en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana.

La misma tiene por objetivo describir la calidad de vida percibida en adultos mayores en el contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio.

Se le informa que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito.

La información a difundir será anónima, por lo que su identidad se mantendrá siempre en reserva.

Fecha/...../..... **Edad**.....

Sexo.....

Estado Civil.....

Nivel de Instrucción.....

Localidad.....

Ocupación.....

Grupo de convivencia (Marque una sola opción)

Vive solo/a..... Pareja..... Hijos..... Otros

INSTRUCCIONES

Este cuestionario le pregunta sobre su grado de satisfacción con diversas partes de su vida tales como su trabajo o sus amigos. También le pregunta si estas cosas son importantes para que Ud. sea feliz. Todas las palabras tienen una definición en este inventario a fin de que Ud. pueda leer y pensar en lo que quiere decir cada palabra al responder las preguntas. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es que Ud. conteste siempre teniendo solamente en cuenta sus sentimientos y opiniones.

Conteste lo que mejor describa lo que Ud. siente o piensa.

A continuación se presenta una descripción de cada área a evaluar.

1. **Salud:** es sentirse bien físicamente, sin dolores ni enfermedades.
2. **Autoestima:** significa respetarse a sí mismo y gustarle a uno mismo su forma de ser con sus virtudes y defectos, éxitos y fracasos, y la habilidad para manejar los problemas.
3. **Metas y valores:** son creencias sobre qué es lo más importante en la vida y cómo debe vivir una persona, tanto ahora como en el futuro. Esto incluye sus metas en la vida, lo que cada uno piensa que está bien o mal y la finalidad y el significado de la vida tal como cada uno lo siente.
4. **Religión:** es el conjunto de sentimientos y creencias que las personas profesan en su relación con la divinidad, y las normas morales y las prácticas que realizan para darle culto.
5. **Finanzas:** abarca el dinero que se gana, los bienes que se poseen y la creencia de que se dispondrá del dinero y de los bienes que se necesiten en el futuro.
6. **Trabajo:** se refiere a la profesión, oficio, o a como utilizar el tiempo. Puede incluir el trabajo del ama de casa o la ocupación del estudiante porque incluye las obligaciones que tiene cada uno, el dinero que gana y la gente con quien trabaja.
7. **Recreación:** es lo que cada uno hace con su tiempo libre para divertirse, relajarse o gratificarse. Incluye visitar amigos, mirar películas, practicar un hobby, deporte, jardinería, etc.
8. **Estudio:** significa obtener nuevas habilidades e información acerca de aquello que le interesa. Incluye leer libros, tomar clases de computación o cualquier otra materia.
9. **Creatividad:** consiste en usar la imaginación para encontrar nuevas y más inteligentes formas de resolver problemas cotidianos, o tener un hobby como la pintura, la fotografía o el tejido. Puede incluir la decoración de la propia casa, tocar un instrumento musical o encontrar una estrategia nueva para resolver un problema en el trabajo o en otro ámbito.
10. **Solidaridad:** significa ayudar a otros en sus necesidades o ayudar a hacer de la comunidad un lugar mejor para vivir. Puede concretarse por cuenta propia o en un grupo, como la iglesia o un partido político; puede incluir el

trabajo voluntario o el dar dinero como donativo. Implica ayudar a personas que no son familiares o amigos.

11. Amor: es una relación cercana y romántica con otra persona, generalmente incluye tanto los sentimientos amorosos, la necesidad de ser comprendido y cuidado como las relaciones sexuales con otra persona.

12. Amigos: son personas a las que se conoce bien y a las que se aprecia; personas con quienes se comparten momentos de diversión y con quienes existen intereses comunes. Incluye personas con quienes se conversa sobre los problemas personales y que reciben y prestan ayuda.

13. Hijos: se refiere a los vínculos con hijos/hijas. Incluye cómo se lleva cada uno con ellos cuando los cuida, cuando los visita o cuando juega con ellos.

14. Familiares: se refiere a los vínculos con padres, hermanos, hermanas, abuelos, tías, tíos y familia política en general. Incluye cómo se lleva cada uno con ellos cuando hacen cosas juntos tales como visitarse, salir de paseo, ayudarse mutuamente, conversar, etc.

15. Vivienda: es el lugar donde cada uno vive, puede ser una casa o un departamento, si tiene patio o jardín. Incluye la percepción que cada uno tiene de la misma, si es linda o si es grande, y de lo que ha pagado o paga por su compra o alquiler.

16. Vecindario: es la zona más próxima a la casa de cada uno. Incluye la percepción que se tenga del mismo, de las personas que lo habitan, por ejemplo si está limpio, lindo, si se registran delitos, si existen vínculos con los vecinos, etc.

17. Comunidad: es la ciudad entera, el pueblo o el área rural donde cada uno vive. Incluye la percepción que cada uno tiene de esta área, de las personas que la habitan. Incluye los lugares de diversión como plazas, parques, restaurantes, clubes deportivos, etc. También se puede tener en cuenta si hay trabajo en la zona, la contaminación o inseguridad vivida, el precio de los artículos o los impuestos que se pagan por vivir en ella.

18. Ambiente: es el conjunto de factores contextuales referidos tanto a lo climático como a lo arquitectónico propio del entorno de cada uno, por ejemplo ruidos, lluvias, viento, etc.

En los cuadros que se presentan a continuación, marque con una X la opción que considere. (Una sola opción)

En el primer cuadro deberá marcar que tan importante es para usted cada una de las áreas descriptas, en el segundo cuadro, que tan satisfecho se encuentra con respecto a ellas.

Importante significa en qué medida esa parte de su vida le hace sentir más feliz.

Satisfactorio significa en qué medida se cumplen sus necesidades, metas y deseos en esa área de su vida.

	IMPORTANCIA		
AREAS	No importante	Importante	Muy importante
1. Salud			
2. Autoestima			
3. Valores			
4. Religión			
5. Finanzas			
6. Trabajo			
7. Recreación			
8. Estudio			
9. Creatividad			
10. Solidaridad			
11. Amor			
12. Amigos			
13. Hijos			
14. Parientes			
15. Casa			
16. Vecindario			
17. Comunidad			
18. Ambiente			

	SATISFACCIÓN					
ÁREAS	Muy	Bastante	Poco	Poco	Bastante	Muy
1. Salud						
2. Autoestima						
3. Valores						
4. Religión						
5. Finanzas						
6. Trabajo						
7. Recreación						
8. Estudio						
9. Creatividad						
10. Solidaridad						
11. Amor						
12. Amigos						
13. Hijos						
14. Parientes						
15. Casa						
16. Vecindario						
17. Comunidad						
18. Ambiente						
	INSATISFECHO			SATISFECHO		

Además de completar el cuadro anterior, se le pedirá que responda a las preguntas que se encuentran a continuación. No es necesario que escriba mucho si no lo desea.

1. ¿Cuenta con algún miembro familiar con quien haya mantenido contacto (físico o virtual) durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?
2. ¿Mantiene amistad con alguna persona? Si la respuesta es afirmativa, ¿Tuvo contacto (físico o virtual) con esta persona durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?

3. ¿Mantuvo contacto (físico o virtual) con sus vecinos durante la situación mencionada anteriormente?
4. ¿Realizó actividades de su interés durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio? Ejemplo: actividad física, trabajo, reuniones sociales, cursos, talleres, otros. Si la respuesta es afirmativa, indicar cuáles y si las mismas se realizaron de manera presencial o de manera virtual.
5. ¿Realizaba actividades antes del comienzo de la pandemia? Ejemplo: actividad física, trabajo, reuniones sociales, cursos, talleres, otros. Si la respuesta es afirmativa indicar cuáles.
6. ¿Qué sentimientos puede notar que experimentó o se encuentra experimentando durante la pandemia por Covid-19 que el mundo se encuentra atravesando? Ej: tristeza, felicidad, soledad, angustia, etc.