

XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.

# **Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos.**

Rodríguez Feijoo, Nélida.

Cita:

Rodríguez Feijoo, Nélida (2006). *Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-039/420>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e4go/ENk>

# FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS QUE VIVEN EN GERIÁTRICOS

Rodríguez Feijóo, Nélida  
CONICET-USAL. Argentina

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para analizar la influencia de ciertas variables sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. Con tal fin se seleccionó una muestra accidental integrada por 145 ancianos autoválidos, institucionalizados, entre 66 y 99 años (68% mujeres y 32% varones) pertenecientes al nivel socioeconómico medio y que vivían en un gran centro urbano como es la Ciudad de Buenos Aires. Se administraron los siguientes instrumentos de medición: un cuestionario de datos personales (que incluía además todo lo referente a las actividades de tiempo libre), la escala S.S.Q. abreviada de Sarason, para medir apoyo social y un cuestionario breve para medir el grado de bienestar psicológico. Los resultados muestran que el nivel educacional, el uso del tiempo libre y el apoyo social percibido influyen significativamente sobre la calidad de vida del anciano institucionalizado.

## Palabras clave

Vejez Institucionalización Apoyo social Calidad de vida

## ABSTRACT

PREDICTORS OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG ASSISTED-LIVING RESIDENTS.

A descriptive research was carried on to analyse the influence of the certain variables upon psychological well-being among assisted-living residents. To meet these objectives an intentional sample of 145 elderly subjects was obtained in geriatric confinement, of either sex (68% woman and 32% men), belonging to the middle socioeconomical level and between the ages of 66 and 99 years old. All of them lived in Buenos Aires City. To them were administered the following measurement instruments: a questionnaire of personal data including free time activities, a questionnaire of social support (Sarason) and a short questionnaire to measure the psychological well-being among assisted-living residents. The results show that level of education, the free time activities and the social support have a significant influence on the level of psychological well-being of the confinement elderly people.

## Key words

Elderly People Confinement Geriatrics Social support Psychological well being

## INTRODUCCIÓN

Debido al aumento constante de la cantidad de personas que llegan a edades cada vez más avanzadas, se produce un incremento de su grado de vulnerabilidad ante diferentes estresores y como consecuencia de ello, de su nivel de dependencia. Comienzan a aparecer desórdenes físicos y mentales que conducen finalmente a un aumento de las internaciones geriátricas. Como opina Passanante (2005), "aumentar la probabilidad de un envejecer saludable, vinculado a la autonomía y a la calidad de vida, es un tema de interés social". En 1970, sólo el 11,5% de la población Argentina con más de 65 años, tenía más de 80 años, en 2005, ese porcentaje aumentó al 21,7%. Se está produciendo el llamado "aging of the aged". La tasa de dependencia de los mayores es igual a: Población activa (15-64 años) / Población inactiva (> de 65 años), ha descendido notablemente. De acuerdo a las tendencias demográficas actuales (aumento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad), la población activa va a tener que realizar aportes cada vez mayores para poder sostener a la clase pasiva. Al prolongarse la vida, cada vez hay más ancianos dependientes de la atención y cuidados de otros, así como de la ayuda económica de los familiares, amigos y vecinos. Algunas veces los hijos de estas personas longevas también están jubilados, contando con escasos recursos para atender al familiar muy anciano a cargo (Rodríguez Feijóo, 1996). En nuestro país, sólo un pequeño porcentaje del total de jubilados vive sin apremios económicos, mientras la mayoría vive casi en la pobreza y necesita de alguna ayuda económica por parte de sus familiares más cercanos. Sería justo que las personas que han trabajado gran parte de su vida, reciban luego del cese laboral una retribución que les permita vivir dignamente, tal como ocurre en otros países del mundo. Desafortunadamente, en nuestro país esto no ocurre debido a múltiples factores, ya sea económicos, de malas administraciones gubernamentales (utilización de los aportes jubilatorios para otros fines), de falta de equidad en la asignación de los haberes, etc. Desde hace mucho tiempo atrás, la mayoría de los jubilados no perciben un haber jubilatorio proporcional a los aportes realizados para tal fin durante toda su vida laboral. Los avances de la Medicina para prolongar la vida deben ir acompañados por el mejoramiento de la calidad de esa vida que se prolonga. La calidad de vida no sólo se refiere al estado de salud sino también, entre otras cosas, al nivel de independencia económica que otorga autonomía a la persona. Para determinar si el aumento de la esperanza de vida (En Argentina, para los varones es de 70 años y para las mujeres es de 77 años) implica el aumento de una longevidad saludable, se creó un indicador denominado "expectativa de salud" que estima la expectativa de vida sin discapacidad (Robine, 2000).

Actualmente lo que se observa en el nivel socioeconómico medio, es que los últimos años de las personas muy mayores, viudas o solteras, que viven en su propio hogar, transcurren con la compañía de una empleada doméstica a tiempo completo, que cumple el rol de cuidador del anciano, acompañándolo a los consultorios médicos, a realizar alguna compra, a pasear, etc. Resulta lamentable observar que en el uso del tiempo libre muchos ancianos no son acompañados por sus familiares sino que estos delegan en los cuidadores también lo referente a las distracciones y los paseos. Esto, si bien es mejor que vivir en un geriátrico, está muy lejos de ser una

situación ideal dado que a veces resulta muy difícil que se establezca una buena comunicación entre el anciano y el cuidador. Esto se debe entre otras cosas, a que no comparten las mismas necesidades e intereses, además a veces existe entre ellos una gran diferencia en cuanto al nivel educacional y al hecho de que el anciano es consciente que paga para ser cuidado y acompañado, por lo tanto la relación carece de la espontaneidad y sinceridad que puede tener cuando el cuidador es un familiar que se ocupa por cariño y desinterésadamente. Por ello es tan importante el rol que cumple el apoyo social (familiares, amigos y vecinos) para que el adulto mayor sienta que cuenta con la colaboración de ellos el día que le haga falta. La necesidad de contar con apoyo afectivo, más que instrumental, se hace indispensable cuando el adulto mayor vive en una institución geriátrica. Todos sabemos que es conveniente para el bienestar psicofísico del anciano, que éste viva en su propio hogar aún cuando necesite para ello algún tipo de ayuda externa, pero existen ancianos que por tener una edad muy avanzada, alto nivel de dependencia funcional, necesidad permanente de cuidados, falta de recursos de apoyo informal, etc., les queda como último recurso la internación en una institución geriátrica. En esta, como en toda institución total, (Goffman, 1961) los ancianos deben dormir, comer y usar su tiempo libre siempre en un mismo ámbito, acompañado de las mismas personas y bajo las mismas autoridades. Las actividades están generalmente programadas en forma rígida por funcionarios que obedecen a una organización burocrática, siendo muy escasos los contactos de los ancianos con el mundo exterior. El anciano debe dejar el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal. Como señalan Buendía y Riquelme (1997), la reducción del tamaño de la familia, la pequeña dimensión de los departamentos urbanos, la incorporación de la mujer al mercado laboral (siendo a ella la que tradicionalmente se le adscribe el rol del cuidado y la atención de los mayores), la falta de recursos y soluciones comunitarias, etc., generan el aumento de la internación geriátrica. El anciano debe dejar el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución impersonal donde no va a poder tomar decisiones sobre asuntos cotidianos y llevar a cabo tareas de todos los días. Se produce el llamado "estrés por reubicación", ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobreesfuerzo de adaptación (De Las Heras et al., 1990). Un aspecto fundamental del traslado de la casa al geriátrico es el cambio en el anciano de la percepción del control sobre los sucesos de la vida cotidiana (Rodríguez Feijóo, 1991). En la mayoría de las instituciones geriátricas se castiga la autonomía y se premia la obediencia. Existe evidencia empírica de que la internación geriátrica, la mayoría de las veces, acelera el deterioro del internado, aumentando su grado de dependencia.

## OBJETIVO

Analizar la influencia de ciertas variables, tales como: Edad, género, nivel educacional, estado de salud, modalidad de la internación (voluntaria o involuntaria, con o sin preparación previa), frecuencia y calidad de la interacción con otros internos y con el personal de la institución, apoyo social percibido (familia, amigos y vecinos), uso del tiempo libre, etc. sobre la calidad de vida del anciano institucionalizado.

## METODOLOGÍA

### Sujetos:

La muestra fue de tipo accidental y estuvo integrada por 200 ancianos autoválidos que vivían en diferentes geriátricos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y que pertenecían al nivel socioeconómico medio. Como se deseaba controlar la variable estado de salud, fueron eliminados 55 casos que expresaron tener muy mala salud. Finalmente la muestra quedó reducida a 145 ancianos. En cuanto a la edad de los entrevistados, esta

oscilaba entre 66 y 99 años, con un promedio de 83,08 años y un desvío estándar de 6,78 años. El 32% de los ancianos eran varones y el resto (68%) eran mujeres. En cuanto al estado civil, la mayoría eran viudos, solteros o separados. Sólo el 17% tenía pareja. Con respecto al nivel educacional, el 66% tenía sólo estudios primarios, el 28%, secundarios y el resto (6%) universitarios.

### Instrumentos de medición:

Se construyó un cuestionario, en donde, además de los datos básicos, como edad, sexo, nivel educacional, estado de salud, etc.; se requería información del anciano sobre su grado de acuerdo con la internación, si tuvo o no una preparación previa (si visitó el geriátrico antes de internarse, si conoció a algunas de las personas del mismo que están a cargo del cuidado y la atención de los ancianos, si alguno de los internados le explicó cómo era la vida en el geriátrico, etc.). Se incluyeron algunas preguntas referidas al uso del tiempo libre, la frecuencia de salidas del instituto, los lugares a los que iba, etc. Para medir apoyo social, se seleccionó la Escala S.S.Q. abreviada de Sarason (1983). La confiabilidad, medida a través del alpha de Cronbach, fue igual a 0,78. Se construyó un cuestionario para medir el grado de bienestar subjetivo en el que se incluyeron preguntas referidas a si siente o no satisfacción por las tareas que realiza cotidianamente, si es optimista, si cree que sus metas principales ya las logró en su vida, si tiene una actitud positiva hacia sí mismo y hacia los demás, etc.

### Técnicas estadísticas:

Se calcularon Jí cuadrados para analizar la relación entre las variables independientes y la variable dependiente (bienestar psicológico). Se utilizó Jí cuadrado por ser una prueba no paramétrica que no requiere el supuesto de la distribución normal de los datos y de la homogeneidad de sus variancias como ocurre con el análisis de variancia (Cortada de Kohan, 1994). En los casos en que las frecuencias teóricas o esperadas eran menores que 5 y por lo tanto, no resultaba posible calcular Jí cuadrado, se realizó la interpretación de la asociación entre las variables a partir de las diferencias entre los porcentajes.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con respecto a la población anciana institucionalizada coinciden en parte con los obtenidos por Marín et al. (2004) en cuanto a que la mayoría son mujeres viudas, solteras o separadas con bajo nivel educacional. Con respecto al estado de salud de los ancianos entrevistados, era bueno en el 49% de los casos y regular en el 51% restante. En cuanto a la preparación previa a la internación, solamente el 27% recibió algún tipo de preparación. Con respecto a la frecuencia y calidad de la relación con los otros internos y con el personal de la institución, en términos generales, resulta insatisfactoria, así como el grado de satisfacción con el apoyo familiar recibido. Si bien el apoyo que reciben no les resulta suficiente, justifican a sus familiares, que generalmente son sus hijos (en mayor proporción varones) argumentando que si no se ocupan más de ellos es porque no pueden, debido a que tienen que cumplir con otras obligaciones (laborales, familiares, etc.). De acuerdo a los Jí cuadrados que resultaron significativos, en los cruces de variables realizados, hemos encontrado que las variables nivel educacional, apoyo social y uso del tiempo libre influyen en forma estadísticamente significativa sobre la calidad de vida de los ancianos institucionalizados. Así observamos que a mayor nivel educacional, mayor grado de satisfacción con el apoyo social percibido y mayor grado de satisfacción con el uso del tiempo libre, mejor calidad de vida. Si bien se han encontrado otras relaciones como: los ancianos más viejos, los varones, los de peor estado de salud, los que no estuvieron de acuerdo con la internación y no recibieron ningún tipo de preparación previa presentan una cierta tendencia a una peor calidad de vida, pero en ninguno de estos cruces de variables se dio una asociación estadísticamente significativa.

Sintetizando, en primer término sería conveniente concentrarse en la creación y mantenimiento de diferentes servicios que permitan asistir al anciano en su propio hogar, evitando de este modo su traslado a un geriátrico. Para aquellos que no pueden evitar la internación, se debe mejorar la calidad de los geriátricos existentes, así como emplear profesionales y asistentes con una buena formación gerontológica. La institución debe ofrecer diferentes alternativas de actividades para que el anciano pueda realizar aquellas que le resultan más interesantes y atractivas, aumentando así, su sensación de autoeficacia, en términos de Bandura (1977) y de control de los sucesos, tal como lo entiende Shapiro (1996) y evitando así, el comportamiento pasivo y abúlico que se halla tan generalizado en los ancianos institucionalizados. Por último, los directivos del geriátrico deben informar claramente a los familiares, la importancia que tiene para el anciano contar con su apoyo, recibir visitas, sentir que su familia sigue siendo su grupo de pertenencia, para disminuir de este modo los sentimientos de soledad, desarraigo y abandono, contribuyendo de este modo, en la medida de lo posible, a mejorar su calidad de vida.

---

#### BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. (1993). Self-efficacy mechanism in psychobiological functioning. *Stanford University Psychologist*. 1, 5-6.
- Buendía J. y Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos ¿solución o problema? *Gerontología y Salud*. Cap. XI. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Cortada de Kohan, N. (1994). *Diseño Estadístico*. Buenos Aires. EUDEBA.
- De Las Heras, F.J.; Polaina, J.M.; Gaona,F.A. y Dueñas, M. (1990). Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica. *Revista Española de Gerontología y Geriatría*, 25, (2). 83-88.
- Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Marín, L., Guzmán, M. y Araya G. (2004). Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? *Revista Médica*. Vol.132. Nº 7. p. 832-838.
- Passanante, M. (2005). El envejecimiento: un desafío para la sociedad de hoy. *Revista "Cuestiones sociales y Económicas"*. UCA. Año III, Nº 6, p. 7-14.
- Robine, J. M. (2000). Prolongación de la vida de los seres humanos: "Longevidad y Calidad de vida" en CEPAL-CELADE. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. Santiago de Chile.
- Rodríguez Feijóo, N. (1991). Psicosociogerontología: estudio de la adaptación del anciano a la internación geriátrica. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, Nº 11 p.213-224
- Rodríguez Feijóo, N. (2005) Influencia de la violencia urbana sobre el nivel de estrés de los adultos mayores que viven solos. *Memorias de las XII Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología. UBA.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., Sarason, B. (1983). Assessing Social Support. The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 44. Nº 1, 127-139.
- Shapiro, D., Schwartz, C. y Astin, J. (1996) "Controlling Ourselves, Controlling our World" *American Psychologist*, Vol.51, Nº12, 1213-1230.