

# Percepción de calidad de vida por adultos mayores uruguayos: un estudio cualitativo

## The Concept of Quality of Life in the Perception of Older Uruguayans: a qualitative study

**Mariana Seoane Campomar<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-8561-2553>

E-mail: seoane@odon.edu.uy

**Renato José De Marchi<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-7600-1240>

E-mail: renatodmarchi@gmail.com

**Federico Riva<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-2940-8013>

E-mail: federicoriva@gmail.com

**Roger Keller Celeste<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-2468-6655>

E-mail: roger.keller@ufrgs.br

<sup>a</sup>Universidad de la República, Facultad de Odontología, Departamento de Rehabilitación Oral y Maxilofacial. Montevideo, Uruguay.

<sup>b</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Porto Alegre, RS, Brasil.

### Resumen

El objetivo de este trabajo fue investigar la concepción de calidad de vida en adultos mayores uruguayos, procurando construir un modelo adaptado a ellos. Basado en Teoría Fundamentada, se realizó un estudio cualitativo entre 2017-2018 en varios departamentos de Uruguay. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a adultos mayores (edad promedio 71 años, DE 5,4) con muestreo teórico y por bola de nieve. Emergió teoría a través de la categoría madre “vivir lo mejor que se puede”, interpretada como la concepción de adultos mayores sobre calidad de vida. Los temas emergentes fueron: “eventos del contexto”, “vínculo con otros”, “actividades frente a la vida” y “estrategias de adaptación”. Al enfrentar eventos estresantes, los participantes desarrollan estrategias de adaptación por medio del soporte social y locus interno de control, para alcanzar calidad de vida y un envejecimiento exitoso. La evidencia empírica desarrollada a partir de esta investigación cualitativa retrata un modelo establecido en un contexto etario y cultural específico, en el que interactúan dimensiones sociales y psicológicas para enfrentar el envejecimiento y alcanzar calidad de vida.

**Palabras clave:** calidad de vida, envejecimiento, investigación cualitativa, Teoría Fundamentada.

### Correspondencia

Mariana Seoane Campomar

Las Heras, 1925. Montevideo, Uruguay — CP 11600

## Abstract

The research objective was to investigate the conception of quality of life in Uruguayan older adults, trying to build a model adapted to them. Based on Grounded Theory, a qualitative study was carried out between 2017-2018 in several regions of Uruguay. Semi-structured interviews were conducted in older adults (mean age 71 years, SD 5.4) with theoretical and snowball sampling. Theory emerged through the core category “living as best as possible”, interpreted as the conception of older adults about quality of life. The emerging themes were: “context events”, “link with others”, “activities facing life” and “adaptation strategies”. When facing stressful events, participants develop coping strategies through social support and internal locus of control, to achieve quality of life and successful aging. The empirical evidence developed from this qualitative research portrays a model established from a specific age and cultural context, in which social and psychological dimensions interact to face aging and achieve quality of life.

**Keywords:** quality of life, ageing, qualitative research, Grounded Theory

## Introducción

El concepto de vejez tiene diferentes significados y ha cambiado a lo largo del tiempo y en diferentes culturas. El proceso de envejecimiento muestra tanto características generales como específicas. Se espera que para 2050 el 15% de la población mundial tenga más de 65 años (Huenchuan, 2013). Uruguay se encuentra en la fase demográfica postransicional, con un proceso de envejecimiento avanzado, puesto que atravesó su transición demográfica al menos treinta años antes que el resto de América Latina (Brunet; Márquez, 2016b). Esta situación debe ser valorada en términos de políticas de salud pública para mantener el bienestar y asegurar los derechos humanos de los adultos mayores.

Si bien existen instrumentos dirigidos a valorar la calidad de vida (CV) en la población adulta mayor, en su elaboración y validación no suele incluirse la percepción de los adultos mayores (Mollenkopf; Walker, 2007). La revisión sistemática de Riva et al., focalizada en procesos de validación de instrumentos de CV asociada a la salud bucal, encontró un predominio de publicaciones que incluyeron de procesos de validación externa, siendo el instrumento específico para adultos mayores el que mostró mayor proporción de publicaciones que incluyeron validación interna (Riva et al., 2022).

Asimismo, a pesar del viraje hacia aspectos positivos de la vejez, los cuestionarios en general refuerzan una mirada negativa concentrada en limitaciones físicas y psicológicas a expensas de aspectos positivos, tales como las actividades que pueden disfrutar debido a la etapa de la vida en la que se encuentran (Singh, 2019). En el área específica de la salud bucal, el General Oral Health Assessment Index, uno de los principales instrumentos de medición de CV asociada a la salud bucal para adultos mayores incluye en sus ítems palabras como “limitación”, “problemas al masticar”, “problemas con dentaduras”, etc. (Slade, 1997). Focalizando en modelos de CV y en sus cuestionarios, es necesario considerar la perspectiva de los sujetos en su entorno cultural (LAWTON, 1991b); en especial si

se entiende que la concepción sobre CV varía entre culturas y poblaciones (Walker, 2005).

Más aún, puede observarse diferencias en el concepto de CV asociada a la vejez en tanto estos sujetos enfrentan eventos de la vida que varían a lo largo de la etapa adulta y el envejecimiento. Muchas de las limitaciones físicas propias de la vejez pueden determinar impactos negativos en la CV de jóvenes, pero no en la de adultos mayores debido a comportamientos adaptativos (Brondani, 2010). Así es necesario más evidencia de la CV a fin de avanzar en la adaptación transcultural de los cuestionarios, contextualizada en el entorno en el cual las personas viven (Walker, 2005).

En el marco de un estudio mayor titulado Adaptación transcultural de instrumentos de medición de la CV asociada a la Salud Oral en adultos mayores, el objetivo de este estudio es investigar las concepciones de CV con miras a retratar un modelo dinámico de CV para adultos mayores uruguayos que sirva de base para la adaptación transcultural de instrumentos específicos.

## Método

### Características demográficas de la población uruguaya

Uruguay se encuentra al sureste de América del Sur. Consta de 19 departamentos en una superficie total de 186.926 km<sup>2</sup>. Con una expectativa de vida de 76 años (72 para hombres y 79 para mujeres), los adultos mayores alcanzan casi el 18% de la población uruguaya, de la cual el 12% tienen más de 84 años. En la región, Uruguay tiene la proporción de mujeres adultas mayores más elevada. El estado de viudez representa el 32,65% de adultos mayores, el 45,97% son mujeres y el 33% viven solos/as. Casi el 90% de los adultos mayores se consideran

de etnia blanca, el 3,41% descendientes africanos y el 3,54% descendientes indígenas. Menos del 4% no sabe leer ni escribir, y más de la mitad completó la educación primaria (Brunet; Márquez, 2016a).

### Diseño

Este es el primer paso de una investigación mayor que busca realizar la adaptación transcultural de instrumentos de medición de la CV asociada a la Salud Oral en adultos mayores.

En tal sentido incluye la concepción del constructo CV que los sujetos involucrados en esta investigación manifiestan tener. Se llevó adelante una investigación cualitativa basada en la Teoría Fundamentada para elaborar una nueva teoría desde la perspectiva de los adultos mayores.

A fin de orientar las entrevistas, un cuestionario guía fue elaborado a partir de aportes de la literatura en conjunción con deliberaciones a la interna del equipo de investigación (Cuadro 1) que incluyó: 1) la presentación de la investigación e información general acerca del proyecto; preguntas asociadas al contexto en el que viven, estilo y calidad de vida; y preguntas sobre la percepción de su salud oral. Esta guía permitió la generación de la codificación abierta y axial, la selección de códigos relevantes y la construcción de temas y categorías. Las estrategias que orientaron el análisis y la selección de participantes fueron: observación, discusión entre los investigadores y análisis comparativo permanente, memorándums, interacción entre investigador y participantes y diagramas preliminares (Figura 1).

Se condujeron entrevistas individuales entre 2017 y 2018, dirigidas a adultos mayores uruguayos que vivían en diferentes departamentos del Uruguay.

## Cuadro 1 – Guion orientador de la entrevista

Presentación
<p>Buenos días, mi nombre es Mariana Seoane. Como le mencioné con anterioridad me encuentro realizando un estudio sobre cómo es percibida la salud bucal por las personas y cómo impacta en la vida.</p> <p>Lo más importante en este estudio es rescatar lo que piensa usted por lo cual séntase libre en mencionar y extenderse en sus respuestas. Luego de culminar la entrevista usted puede decidir que la misma no sea utilizada en esta investigación.</p> <p>Cualquier información que quiera obtener sobre esta investigación puede solicitarla llamándome al 24873048 int. 169 los días lunes y viernes de 14:00 a 18:00 h. El resultado de las entrevistas que realice podrá usarse en esta u otras investigaciones posteriores.</p> <p>Ahora le haré una serie de preguntas buscando iniciar una conversación amena.</p> <p>Le recuerdo, asimismo, que todo lo que conversemos es de carácter reservado y en ningún momento se identificará su identidad en las diferentes fases de difusión de los resultados de este estudio. Le agradezco su disposición en participar en este proyecto. Si bien comenzaré haciendo algunas preguntas, usted puede sentirse libre de realizar otros aportes o consideraciones que quizás yo no mencione.</p>
Fase 1 de la investigación
<p>¿Le gusta dónde vive? ¿Cómo se siente en su casa, y en su barrio?, ¿Qué actividades suele realizar con su familia, o con sus amigos? ¿Qué hace en un día común? Además de las actividades que son obligación para usted, ¿Desempeña otras actividades? ¿Cuáles? ¿Cómo diría que se siente a diario, con las actividades que realiza habitualmente? ¿Por qué? ¿Qué cosas le hacen sentir bien? ¿En qué momento del día se siente bien, a gusto, feliz? ¿Qué cosas le hacen sentir mal, triste? ¿Encuentra momentos en el día en los que siente placer? ¿Cuáles? ¿Se toma momentos para descansar? ¿Cuál es su momento preferido del día? ¿Por qué? ¿Esto le sucede siempre? ¿Desde cuándo? ¿Qué cosas le dan satisfacción? ¿Por qué? ¿Qué cosas le quitan satisfacción? ¿Cómo se siente físicamente? ¿Cómo se siente personalmente, anímicamente (psicológicamente)? ¿Es de salir con amigos, reunirse con la familia? ¿Cómo diría que es su vida? ¿Ha sentido hablar de CV? ¿Qué es? ¿Tiene idea, qué imagen tiene de CV? ¿Qué se imagina cuando alguien le dice Calidad de Vida?</p>
Fase 2 de la investigación
<p>¿Piensa habitualmente o ha pensado en su boca? ¿En qué momentos, por qué? ¿Cómo considera que tiene su boca? ¿Por qué? Si tuviera que decir del 1 al 10 su estado de salud bucal, ¿qué valor le pondría? ¿Por qué? ¿Cómo le hace sentir su estado bucal? ¿Qué importancia tiene la boca en su vida? ¿Cómo afecta esto su bienestar? ¿Existen momentos en el día en que considere que su boca le genera satisfacciones? ¿Cuáles son esas sensaciones? ¿Cómo influye su estado de salud bucal en la forma en que se siente? ¿Su boca le provoca satisfacción, bienestar, felicidad? ¿Por qué? ¿En qué sentido? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Puede darme ejemplos? Y con marido/esposa/pareja, ¿cómo influye su boca en sus relaciones personales, en sus relaciones sexuales? ¿Qué tan seguro se siente con su boca? ¿Su boca le provoca sentimientos negativos? ¿En qué momentos? ¿Puede darme ejemplos? ¿Qué situaciones de su vida mejoran o lo hacen sentir mejor gracias al estado de salud de su boca? ¿En qué momentos siente que su estado bucal le hace feliz? ¿En qué situaciones su boca le genera tristeza o malestar? ¿Encuentra situaciones en su vida en las que su estado bucal le perjudique? ¿Cuáles? ¿Cómo repercute su estado bucal en su vínculo con los demás? ¿Siente que puede socializar o se comunica como usted quisiera? ¿En qué sentido? ¿Cómo se siente al respecto? ¿Qué cosas puede hacer gracias a su estado bucal? ¿Siente que su estado bucal le limita en algo? ¿En qué? ¿Qué imagen física tengo sobre mi boca? ¿Siente seguridad? ¿Qué le limita? ¿Qué le permite? ¿Cómo se siente con su estado bucal?</p>

**Figura 1 – Proceso de investigación basado en el Diseño de Teoría Fundamentada\***



\* Modificado de Pryor et al. (2009) y adaptado a esta investigación.

### Decisiones muestrales y análisis de la información

Se utilizó un muestreo intencional y se emplearon estrategias para rescatar contextos relevantes con relación al tema de investigación basado en criterios de diferencialidad heterogeneidad y accesibilidad, según la información sociodemográfica del país (Brunet; Márquez, 2016a). Asimismo, se tuvieron en consideración redes personales e información emergente en el estudio de campo (técnica de bola de nieve).

Los participantes fueron contactados por medio de personas conocidas sin asociación personal con la investigadora (muestra oportunistas). Cuando se identificaba asociación familiar o de amistad entre participantes, estas fueron incorporadas en notas y memorándums para incluir en el análisis. El primer contacto se realizó vía comunicación telefónica o por e-mail. Inicialmente, se les informó sobre el objetivo y los fines de la investigación. Luego, se describió el proceso a ser llevado adelante considerando la posibilidad de interrumpir la entrevista o negarse a su grabación, la eventualidad de que el encuentro se realice en su hogar o en un lugar público de su conveniencia y la posibilidad de que el participante esté solo o acompañado.

Para cumplir con el criterio de máxima variación, se focalizó en la etnicidad, antecedentes sociales,

nivel de educación, lugar de residencia, constitución familiar y experiencias vividas en el pasado. Para ello, se empleó una adaptación del formulario de Brondani (Figura 2) (Brondani, 2010).

Las entrevistas constaron de los siguientes estadios: la primera fase, se volvió a informar a los participantes sobre los objetivos de la investigación, reiterando la confidencialidad del proceso, buscando un ámbito de diálogo confortable; en la segunda fase, se inició el proceso con preguntas abiertas: “Cuénteme sobre usted”; “a qué se dedica?”, seguidas de preguntas semiestructuradas vinculadas al bienestar y la CV; y, en una tercer fase, se otorgó a los participantes la posibilidad de aportar lo que consideraran necesario. Se focalizó en aspectos de la vida y salud.

Una vez que comenzaron a surgir códigos, se generaron síntesis preliminares y diagramas introductorios relacionando códigos y categorías hasta que los temas se hicieron evidentes. Cuando a partir del trabajo de campo emergieron categorías, los conceptos fueron articulados con la evidencia existente (Corbin; Strauss, 2015). Con la información reunida, los datos fueron resumidos y se produjo el reporte final. El proceso involucró el examen y descarte de teorías existentes, así como la propuesta de nuevos aportes.

**Figura 2 – Formulario de autopercepción, modificado de Brondani (2010)**

Form auto perception – Modificada de Brondani (2010)							
<b>Cod. Entrevista</b>							
<b>1. Edad</b>		<b>2. Sexo</b>					
<b>3. Estado civil</b>							
Soltero/a		Casado/a		Divorciado/a		Viudo/a	
				Unión libre		Otros	
<b>4. Nivel educativo (x)</b>							
Primaria completa		Secundaria incompleta		Tecnicatura incompleta		Universidad incompleta	
Primaria incompleta		Secundaria completa		Tecnicatura completa		Universidad completa	
<b>5. Ascendencia étnica (usted cree que su ascendencia es ....)</b>							
<b>6. Condición oral</b>							
Solo dientes naturales		PC o PPR					
Prótesis fija		PC en ambos maxilares					
PC con PPR		Desdentado o pérdida dentaria extrema sin prótesis					
<b>7. Ha ido al dentista en los últimos seis meses</b>							
						Sí	No
<b>8. En una escala del 0 al 10, donde 0 es muy malo y 10 es excelente, ¿cómo describiría su salud general?</b>							
<b>9. En una escala del 0 al 10, donde 0 es muy malo y 10 es excelente, ¿cómo describiría su salud oral?</b>							
<b>10. ¿Toma alguna medicación, hierbas, etc.? ¿Podría decirme por qué?</b>							

Con el fin de reducir sesgos, en cada fase del proceso, una investigadora (MS) condujo el análisis, determinó las categorías, los temas y la teoría emergente, además de ser auditada y debatida por un segundo investigador (RDM, experto en investigación cualitativa). Los hallazgos se discutieron e intercambiaron en el equipo de investigación y la literatura sobre la base de argumentos teóricos y empíricos.

Se efectuó el análisis usando el software MAXQDA v. 2018 software (copyright © VERBI GmbH Berlin 1995-2017).

La saturación se alcanzó alrededor de la entrevista 25, encontrándose que no surgía nueva evidencia de las entrevistas con relación al foco del estudio (Corbin; Strauss, 2015). Se siguió un sistema de registro para las entrevistas: entrevista y número = E#; género del sujeto, M=masculino y F=femenino, y edad.

#### Aspectos éticos

Este proceso involucró la participación voluntaria de los sujetos y confidencialidad de la información. El Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República, en Uruguay, aprobó el protocolo de investigación (11/10/2016, # 323/16) en acuerdo con la *Declaración de Helsinki*. Se leyó el inicio de cada entrevista el texto del consentimiento informado que también fue explicado y otorgado en copia a los participantes, quienes lo firmaron indicando su consentimiento. A todos los participantes se les brindó la posibilidad de suspender la entrevista si así lo deseaban.

#### Resultados

Se realizaron treinta entrevistas a adultos mayores con una edad promedio de 71 años (DE 5,4), de los cuales veinte eran mujeres, y diez, hombres (Tabla 1). Ningún participante se negó a

ser entrevistado. No obstante, una entrevista debió suspenderse porque la participante comenzó a angustiarse debido al recuerdo de su hijo fallecido. Al visualizar esto, se cambió de tema intentando focalizar en aspectos positivos de su vida, como sus nietos, con lo cual se siguió un diálogo ameno y la participante se reanimó (E9). Un/a participante firmó su consentimiento con huella digital por ser analfabeto/a (E23). Estos aspectos fueron considerados en el análisis.

Una categoría madre surgió del análisis, “vivir lo mejor que se puede”, y cuatro temas relacionados: “eventos del contexto”, “estrategias de adaptación”, “vínculos con otros” y “actitudes frente a la vida” (Tabla 2). Según plantea uno de los entrevistados, la “*calidad de vida es dentro de los males que pueda uno ir teniendo por los años que pasan, sentirse sano, sentirse bien, si yo quiero salir no hay nada que lo impida. Y tampoco ponerme temeroso ...*” (E10-A, F-68, Pos. 44).

**Tabla 1 – Resumen estadístico de las características de los participantes, Uruguay, 2018-2019**

Variable		n	(DE)
<b>Sexo</b>	Femenino	20	
	Masculino	10	
<b>Edad</b>	Media	71	(5,4)
	63-69	17	
	70-75	6	
	más de 75	7	
<b>Departamento</b>	Montevideo	11	
	San José	2	
	Canelones	4	
	Paso de los Toros	2	
	Rivera	9	
	Tacuarembó	2	
<b>Estado civil</b>	Casado	13	
	Divorciado	8	
	Viudo	9	
<b>Actividad</b>	Retirado	25	
	Activo	5	
<b>Relación con familia</b>	Sí	29	
	No	1	
<b>Educación</b>	Ninguna	1	
	Elemental	15	
	Secundaria	11	
	Universitaria	3	

continúa...

**Tabla 1 – Continuação.**

Variable		n	(DE)
<b>Hogar</b>	Vive solo	17	
	Con familia	16	
	Institución	1	
<b>Enfermedades generales</b>	Sí	25	
	No	5	
<b>Duración entrevista</b>	Media minutos	52,4	(8,4)

**Tabla 2 – Categorías y temas emergentes en el análisis**

Categoría madre	
Vivir lo mejor que se puede	Actividades físicas
	Actividades cognitivas
	Bienestar económico
	Bienestar espiritual
Temas	
Eventos del contexto	Categorías
	Pérdida de lazos afectivos
	Soledad
	Cambios físicos y psicológicos con la edad
Estrategias de adaptación	Preocupaciones sociales
	Adaptación a la soledad
	Resignación – aceptar el envejecimiento
	Adaptación al envejecimiento
Vínculo con otros	Toma de decisiones
	Actividades recreativas con otros
	Familia y redes sociales
	Soporte de salud
Actitudes frente a la vida	Significado de la vida
	Actitudes internas generales
	Actitudes internas relacionadas a la salud

## Eventos del contexto

Los eventos del contexto en esta población pueden tener un impacto negativo en la CV, ya sean situaciones externas (la muerte del compañero sentimental) o internas (enfermedad). Se visualizan experiencias por ellos aceptadas, pero también situaciones estresantes que han tenido que enfrentar.

### *Pérdida de lazos afectivos*

Para esta población, la pérdida de lazos afectivos tiene un significado especial, ya que representa la proximidad a la muerte y es la causa de soledad y problemas psicológicos. *“Estoy en la edad en que se van yendo [mis amigos]. Cuando voy a San José no pregunto muchas veces, tengo miedo de preguntar”*. (E8-M68, Pos. 49). Esta categoría se percibe como negativo aunque sea visualizada como un evento natural por los participantes.

### *Soledad*

Para algunos participantes, el divorcio, la viudez o ser soltero fue la causa de soledad, asociada a sentimientos de temor y visualizada como una amenaza que limita la participación en fiestas o encuentros familiares. *“Yo le pido mucho a Dios que me acompañe, que sea él el que me dirija, porque me siento muy sola, sin mi familia”* (E19-F87, Pos. 117).

### *Cambios físicos y psicológicos con el envejecimiento*

El proceso de envejecimiento tiene consecuencias por el estilo de vida de los participantes. Se presentaron códigos como enfermedades crónicas, limitaciones físicas, retiro y vida sedentaria. Estos pueden limitar la habilidad de realizar actividades, pero también puede motivarlos a buscar ayuda de los demás. *“Hay días que me levanto bien mal...”* (E26-F76, Pos. 56); *“bueno ahora no puedo ni limpiar, porque es la hija que me limpia todo... [yo] ... tranquila... leyendo la Biblia”* (E26-F76, Pos. 37).

### *Preocupaciones sociales*

Las situaciones sociales se expresaron en su mayoría asociadas a la violencia y seguridad, así como a política y economía. *“...Me afecta todo lo que está pasando en este momento. Me cuesta mucho adaptarme, lo que está pasando con la sociedad,*

*los problemas de violencia, la violencia doméstica, la violencia social... (E14-F68, Pos. 44).*

## Estrategias de adaptación

### *Adaptación a la soledad*

Cuando se enfrentan a la soledad, los adultos mayores pueden lidiar con situaciones estresantes por medio de la búsqueda de compañía familiar y de la participación en actividades sociales. *“Y ahora tengo un grupo de adultos mayores [...], donde [...] tenemos distintas actividades”* (E14-TAP, F-68, Pos. 9); *“[...] me hace sentir bien. [...], porque paso muy sola”* (E14-F68, Pos. 36).

### *Resignación - enfrentando la vejez*

Esta categoría aparece en los participantes que enfrentan la vejez, renunciando a actividades que solían realizar cuando eran más jóvenes y cambiando sus estilos de vida, mostrando resignación y aceptación. *“Yo traté de asimilar la vejez, para que sea menos dura”* (E3-M73, Pos. 27); *“y ahora quiero justamente ubicarme en una fase de la cual capaz no conocí...”* (E20-F67, Pos. 86).

### *Adaptación al envejecimiento*

Los participantes perciben su rol activo, incorporándose al proceso de envejecimiento, comparándose con sus vivencias durante la juventud. *“Creo que va en la persona, en la capacidad que tenga de adaptarse a todo, porque es lo mismo que con la vista. Cuando tuve que hacerme los lentes multifocales, todos me decían que no me iba a adaptar, me los puse y me adapté”* (E8-M68, Pos. 118).

### *Toma de decisiones*

La toma de decisiones reúne una serie de códigos que se asocian a la respuesta frente a situaciones que generan miedo, encontrando soluciones, tomando decisiones sobre tratamientos y participando en actividades de promoción de la salud. *“Para la edad que tengo pienso que ya podría estar mal, [pero], me siento sana, [...], me hago todos los estudios (E14-F68, Pos. 62); “... hago toditos los mandados en bicicleta, salgo a pasear en bicicleta con mis amigas... en seguida de la cirugía el ginecólogo me autorizó a andar en bicicleta y me animé”* (E14-F68, Pos. 63).

## Vínculo con otros

La mayoría de los participantes hacen énfasis en el rol de la familia y “otros” en su CV. Aparece como un tema positivo, que permite un mejor envejecimiento y mejora la CV.

### *Actividades recreativas con otros*

Muchos códigos surgieron en esta categoría: leer, jardín, gastronomía, meditación, yoga, caminatas, iglesia, metafísica y artesanía. “Actividades recreativas” expresa las acciones que reúnen tres características comunes: se desarrollan con otras personas dando la posibilidad de dialogar e intercambiar; compensan la soledad, ya que otorgan compañía; y promueven hábitos saludables manteniendo la actividad física y cognitiva, hábitos nutritivos saludables y buenos valores. “*Divino, nos reunimos, charlamos, festejamos los cumpleaños [...] salimos, hacemos torta fritas. Entonces se pasa entretenida*” (E16F-68, Pos. 38).

### *Familia y redes sociales*

Los códigos que surgieron en esta categoría fueron: tranquilidad, seguridad, protección, cuidados y compañía, incluso frente a la muerte. Los lazos familiares, así como los amigos y vecinos pueden mejorar la CV tanto en las dimensiones psicológica, social o física. “... *Me siento querida, tengo una amiga... y esta otra señora de acá a la vuelta que es fuera de serie*” (E7-F82, Pos. 83); “*tengo unos vecinos que son un amor*” (E7-AV, F-82, Pos. 87); “*para mí mi calidad de vida es el acompañamiento*” (E7-AV, F-82, Pos. 87).

### *Soporte de salud*

“El vínculo con otros” puede ser promotora de salud y mejorar la CV. La familia y amigos, así como los profesionales de salud pueden otorgar soporte en salud. La familia puede promover salud, compensando problemas físicos. “*A veces me llaman mis hijos, estoy cansada, y digo “no, no, vamos”, y así voy a ver a mis nietos hacer las actividades que ellos hacen. Voy a la casa a mis hijos y todo eso*” (E1-F65, Pos. 76).

## *Significado de la vida*

El “vínculo con otros” se expresó también como un “significado de la vida”, con códigos *in vivo*. “*Soy un equipo*” (E13-F67, Pos. 60); “[mis nietos] *son mi vida*” (E7-F82, Pos. 41); “*me provoca mucho placer salir con mis amigos, con mis amigas, eso me encanta*” (E5-F64, Pos. 43).

## Actitud frente a la vida

Este tema refleja las creencias de los participantes y sus percepciones sobre los aspectos generales de la vida, incluyendo su propia salud.

### *Actitudes generales internas*

Se incorporaron en esta categoría los siguientes códigos: optimismo, autonomía, sentirse uno mismo, conocer sus límites, autoconfianza, encontrar soluciones. Esto refleja mecanismos internos que algunos participantes mencionan para mejorar su CV. “*Yo soy muy de planificar la vida. No dejarla al azar [...] planifico mi vida [...] Yo me pongo metas, si yo quiero llegar a los 80 años tengo que hacer determinadas cosas y no hacer otras*” (E10-B, M-68, Pos. 29). Los participantes con “actitudes internas generales” se muestran críticos y optimistas, ya que aceptan y analizan los eventos del contexto (como el envejecimiento), pero, buscan soluciones planificando sus vidas y/o procurando ayuda.

### *Actitudes internas asociadas a la salud*

Cuando los participantes piensan en su propia salud, fueron expresadas actitudes internas beneficiosas mediante los siguientes códigos: intentar encontrar una solución, autocuidado, espiritualidad, dieta, hábitos, autoanálisis y vitalidad. El código *in vivo* “hacer tu parte” expresa la perspectiva sobre el rol que los participantes tienen frente a la salud y la enfermedad. “*El médico hace su parte pero vos tenés que hacer tu parte*” (E18-M74, Pos. 44).

## Categoría cuerpo/madre “vivir lo mejor que se puede”

Una categoría cuerpo o central surgió constituida por las siguientes subcategorías: actividades físicas, actividades cognitivas, bienestar económico y bienestar espiritual. Todas estas subcategorías se relacionan con los temas descritos.

### Actividades físicas

Caminar, nadar, hacer ejercicios, movilidad y pasear en bicicleta son códigos encontrados en esta categoría. Las actividades físicas pueden ser descriptas como “estrategias para adaptarse a...” las consecuencias de envejecimiento. Son importantes para mantener la independencia y para socializar. “*Que si yo [camino] 6 o 7 km, voy y vengo tres veces a la semana [...] y después en casa tengo bicicleta para hacer. Entonces viste [...] yo no paro [...] y ahora estoy jubilado. Pero, sigo siempre en actividad, no paro*”. (E27-M72, Pos. 6)

### Actividades cognitivas

Las actividades cognitivas se percibieron como promotoras de un buen envejecimiento y CV. Se expresan por códigos: actividades que disfrutan, mantenerse trabajando, actividades mentales, enseñar, socializar, pintar, escribir, estudiar, internet, leer, política, compartir y disfrutar. “*Yo hago mucha actividad física, mucha actividad mental. Leo, pero también con el zudoco*” (E10-B, M-68, Pos. 7); “*yo me preocupo mucho del conocimiento de las cosas, de lo que comemos, todo lo que nos ayuda a tener una mejor calidad de vida*” (E10-B, M-68, Pos. 33).

### Bienestar económico

Esta subcategoría se asocia con el retiro, así como con el análisis de logros en el pasado. Se expresaron códigos como limitaciones u oportunidades para lograr mejor CV en el proceso de envejecimiento: tranquilidad, autonomía, fortaleza, limitaciones y decisiones. “*Yo creo que hice las cosas bien, [...] después lo vendí [mi auto] porque decidí terminar de pagar el techo y decir ‘cuando me jubile, te toque*

*lo que te toque, yo no pago alquiler’. Qué más le podés pedir a la vida, no tener que pagar un alquiler*” (E13-F67, Pos. 68).

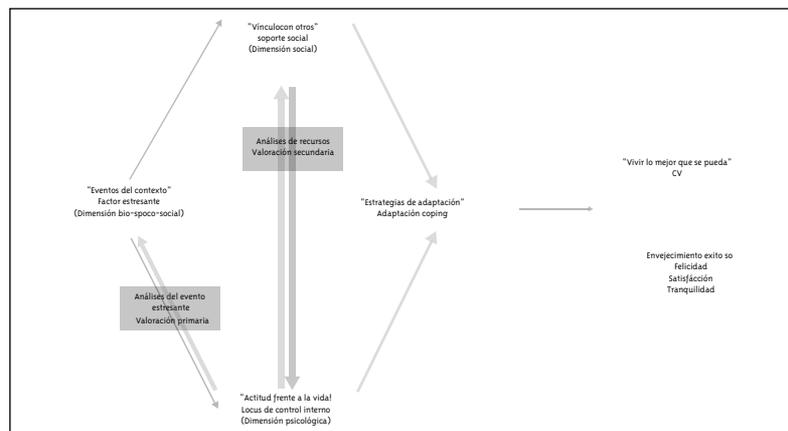
### Bienestar espiritual

Se incorporaron códigos, dentro de los que se destacan: simplicidad de la vida, dignidad, relajación, libertad, autoestima, balance entre cuerpo y mente, evitar la soledad, ser agradecido y sentirse bien. “*...Y ahora quiero justamente, ubicarme en una fase de la cual capaz no conocí y es buscar este campo [metafísica] por acá por este lado, y me ha costado mucho aquietarme, no creas que es fácil jeh?*” (E20-F67, Pos. 86). “*Vivir lo mejor que se pueda*” puede interpretarse como la forma en que los participantes describieron su propia vida en forma positiva, incluyendo el análisis crítico del proceso de envejecimiento.

## Discusión

Esta investigación cualitativa mostró la percepción de los adultos mayores uruguayos en virtud de la emergencia de los temas “eventos del contexto”, “estrategias de adaptación”, “vínculo con otros” y “actitud frente a la vida” conectados con una categoría central “vivir lo mejor que se pueda”. A partir de una búsqueda de la literatura, los temas se interpretaron y retrataron en un modelo dinámico (Figura 3) que combina estrategias y procesos descritos por esta población para alcanzar su CV en un ámbito cultural específico. Los hallazgos presentados guardan relación con otros estudios en adultos mayores asociados a diversas afecciones, en los que las estrategias de afrontamiento, la espiritualidad y el soporte social contribuyen al envejecimiento exitoso (Balducci, 2019; Hall et al., 2020).

**Figura 3 — Modelo dinámico de CV desarrollado a partir de las percepciones de los adultos mayores uruguayos (2018-2019).**



Este estudio presenta ciertas limitaciones asociadas a que ningún participante proviene de contextos sociales críticos y no todas las localidades geográficas del país fueron incluidas. Sin embargo, el proceso de muestreo teórico permitió alcanzar máxima diversidad y la saturación en las categorías y temas. Más aún, la variabilidad de los sujetos fue tenida en consideración (Corbin; Strauss, 2015).

Los temas y la categoría cuerpo fueron consistentes con modelos de influencia de trayectorias de vida, dado que estuvieron presentes estrategias propuestas por los participantes y los efectos positivos de sus comportamientos en la CV (Walker, 2005).

Los “eventos contextuales” se relacionaron con el propio proceso de envejecimiento y con otras situaciones externas (violencia, pérdida de un ser querido) que pueden ser percibidas como sucesos estresantes, en los que el sujeto enfrenta o ve excedidos sus recursos de bienestar (Biggs; Brough; Drummond, 2017; Lazarus; Folkman, 1984).

Una valoración cognitiva puede indicar la percepción de un suceso como estresante (tener un problema físico, encontrarse solo, enfrentar la pérdida de un ser querido) y sus posibles consecuencias (Lazarus; Folkman, 1984). El entorno del sujeto puede ser entendido como un determinante de su CV, ya que afecta el bienestar del individuo, así como el individuo puede afectar su entorno (Lawton, 1991a). Se ha asociado la soledad con el miedo y las limitaciones relacionadas con el cese de la participación en actividades sociales. La soledad y la falta de conexión a un entorno pueden ser mediadores de la CV percibida por adultos mayores, afectando su CV (Vitman Schorr; Khalaila, 2018). Los participantes revelaron estrategias para afrontar estas situaciones; en tal sentido vivir solo y sentirse a salvo se describen asociadas con la CV en los adultos mayores (la primera empeorándola y la última mejorándola) (Banister; Bowling, 2004).

Los eventos del contexto pueden afectar la CV en esta población, modificando las circunstancias sociales que promueven la participación social (Walker, 2005). La evaluación de los “contextos del evento” como estresantes y las “estrategias para adaptarse” fueron interpretadas como los procesos de adaptación descritos por Lazarus y Folkman (Biggs; Brough; Drummond, 2017; Lazarus; Folkman, 1984).

Estos requieren por parte de los sujetos un esfuerzo para manejar demandas específicas que inicialmente son valoradas como amenazas. Luego, una nueva valoración cognitiva es necesaria para evaluar las estrategias para adaptarse a ellas. Las demandas y el contexto pueden tener un efecto en los resultados positivos y negativos de estas estrategias adaptativas. La forma en que los adultos mayores enfrentan la soledad se percibe como una acción cognitiva secundaria necesaria para el proceso de adaptación (Biggs; Brough; Drummond, 2017). El retiro puede ser valorado de forma diferente de acuerdo con la naturaleza del entorno y de las interacciones con otros sujetos (Walker, 2005). Cuidar a los nietos puede ser otro comportamiento de adaptación que mejore esta variable. Los participantes mostraron cómo se adaptan con eventos estresantes de manera de mejorar su CV. Los esfuerzos adaptativos pueden variar con el tiempo y promover dinamismo en la valoración que cada individuo tenga de su CV (Allison; Locker; Feine, 1997).

El “vínculo con otros” se interpretó como un nivel social de interacción, el soporte social, que es importante para esta población con relación a su percepción de CV (Banister; Bowling, 2004). Existen estudios que valoran el efecto del soporte social en adultos mayores (Hall et al., 2020). Tanto la calidad como la densidad del contacto social han mostrado un efecto positivo significativo en la CV de esta población (Walker, 2005). Asimismo, el soporte emocional e instrumental recibido de la familia se ha mostrado significativamente asociado con el bienestar psicosocial (Thanakwang, 2015). El soporte social actúa, promoviendo la CV, estimulando continuar con las actividades a pesar de la presencia de problemas físicos. Las fuentes sociales, la familia y amigos se han asociado con la percepción positiva de la salud y satisfacción con la vida (Dumitrache; Rubio; Cerdón-Pozo, 2018). Sin embargo, la pérdida de lazos afectivos es un factor que puede afectar negativamente la CV en personas vulnerables, intensificando la sensación de soledad y aislamiento. En presencia de vínculos sociales, los participantes mostraron que lograban beneficiarse de los demás para compensar su soledad, adaptándose a estos eventos estresantes. La sensación de conexión con el lugar se ha mostrado asociada con la CV, mejorando el vínculo con vecinos

y el sentimiento de sentirse querido y cuidado (Vitman Schorr; Khalaila, 2018).

La “actitud frente a la vida” se concibió como una forma de controlar los eventos del contexto y de qué forma un individuo sus propio comportamiento o fuerzas externas (independiente de sus acciones) como causantes de las recompensas que recibe en la vida. Una visión multidimensional de este constructo considera el control por internalidad, el poder de los otros y el azar (Lefcourt; Martin; Saleh, 1984). Para los adultos mayores, determinadas circunstancias como enfermarse o envejecer son estresantes y causadas por eventos ajenos a su control (Skinner, 1996) designed to organize the heterogeneous constructs related to “control,” is based on 2 fundamental distinctions: (a. Una mayor internalidad se ha asociado con esta población que quiere vivir más, no acepta la idea de morir y buscaba activamente nuevas metas en la vida (Cicirelli, 2011). En este estudio se observó que la internalidad permitió a los participantes evaluar posibles situaciones a los problemas asociados con el envejecimiento, debido a que se consideran responsables de sus propios comportamientos. La internalidad puede incidir en la adopción de comportamientos saludables, mayor resiliencia, en la forma en que esta población utiliza medios de salud pudiendo ser una importante estrategia psicológica en sujetos de bajos ingresos (Musich et al., 2020).

La categoría cuerpo, “vivir lo mejor que se pueda”, se interpretó como la meta final de los participantes que combina la evaluación cognitiva frente “eventos del contexto”, mostrando “actitudes hacia la vida” positivas, y estando motivados a encontrar soluciones “vinculándose con otros” a modo de “estrategia de adaptación”.

El soporte social puede mediar los procesos de adaptación para mejorar la CV. Estudios recientes muestran interrelación entre el envejecimiento exitoso, las características del relacionamiento social y la CV en adultos mayores con HIV (Yoo-Jeong; Nguyen; Waldrop, 2022). Cuando esta población se enfrenta a limitaciones físicas, la presencia de otras personas puede generar un efecto beneficioso que les motive a participar en redes sociales y realizar actividades físicas ligeras, debido a que optimiza otras acciones ya que se disfruta el vínculo con otros y se ejercitan funciones cognitivas.

Tanto el soporte social como el locus de control interno han sido descriptos como mediadores de procesos de adaptación (Lefcourt; Martin; Saleh, 1984; Sandler; Lakey, 1982). Los adultos mayores pueden adaptarse a la pérdida del soporte familiar cuando presentan una elevada internalidad, lo que les otorga el sentimiento de buena CV. Pueden analizar la ausencia de familiares y asumir el desapego, incluso si reconocen sus propias limitaciones, alcanzando una sensación de paz y tranquilidad y mejorando así su CV. Estudios recientes ponen de manifiesto la importancia de estas asociaciones con relación a la posibilidad de empoderamiento de los adultos mayores frente a eventuales situaciones de abuso (Estebansari et al., 2018).

El papel que juegan las creencias internas y externas en el proceso de adaptación puede variar dependiendo de la naturaleza del agente estresante (Sandler; Lakey, 1982). No obstante, los eventos del contexto pueden no ser importantes en sí mismo si se compara con el grado de control que se ejerce sobre ellas por otra persona (Mollenkopf; Walker, 2007). Para algunos sujetos, las redes sociales pueden ser usadas como herramienta de adaptación durante el envejecimiento. Las categorías halladas junto con la asociación propuesta coinciden con estudios que abordan la capacidad de resiliencia en adultos mayores. Se ha encontrado que el locus interno, el optimismo y el soporte social considerados factores de protección pueden favorecer procesos de resiliencia en adultos mayores, mejorando así la CV (Musich et al., 2022)

## Consideraciones finales

En síntesis, los aportes de los participantes permiten apreciar que, por medio de una valoración primaria y secundaria (necesaria en todo proceso de adaptación), los adultos mayores pueden decidir fortalecer su internalidad (locus de control) y procurar soluciones, esforzándose (adaptación) con el fin de re-establecer su soporte emocional (soporte social), lo que les permitirá alcanzar un buen envejecimiento, mejorando así su CV.

El modelo presentado aquí podría ser el punto de partida para valorar reflejos de CV y, así, contribuir al proceso de adaptación de instrumentos de medición genéricos y/o específicos conocidos en un contexto cultural y etario específico.

En conclusión, la evidencia empírica desarrollada a partir de este estudio cualitativo retrata un modelo generado desde un contexto cultural y etario específico, en el que las dimensiones sociales y psicológicas interactúan para mostrar cómo los adultos mayores se enfrentan al envejecimiento y logran mejorar su calidad de vida.

## Referencias

- ALLISON, P. J.; LOCKER, D.; FEINE, J. S. Quality of life: a dynamic construct. *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 45, n. 2, p. 221-230, 1997. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00339-5
- BALDUCCI, L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, Amsterdam, v. 57, n. 1, p. 171-175, 2019. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009
- BANISTER, D.; BOWLING, A. Quality of life for the elderly : the transport dimension. *Transport Policy*, Amsterdam, v. 11, n. 2, p. 105-115, 2004. DOI: 10.1016/S0967-070X(03)00052-0
- BIGGS, A.; BROUGH, P.; DRUMMOND, S. Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In: COOPER, C. L.; CAMPBELL, J. (Ed.). *Hand book of stress and health: A guide for research and practice*. Hoboken: Wiley Blackwell, 2017. p. 351-360.
- BRONDANI, M. The voice of the elderly in accepting alternative perspectives on oral health. *Community Dental Health*, Lowestoft, v. 27, n. 3, p. 139-144, 2010. DOI: 10.1922/CDH\_2468Brondanio6
- BRUNET, N.; MÁRQUEZ, C. *Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay: Envejecimiento y personas mayores en Uruguay*. Montevideo: Trilce, 2016.
- CICIRELLI, V. G. Elders' attitudes toward extending the healthy life span. *Journal of Aging Studies*, Amsterdam, v. 25, n. 2, p. 84-93, 2011. DOI: 10.1016/j.jaging.2010.08.011
- CORBIN, J.; STRAUSS, A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 4. ed. Los Angeles: SAGE, 2015.
- DUMITRACHE, C. G.; RUBIO, L.; CORDÓN-POZO, E. Successful aging in Spanish older adults: the role of psychosocial resources. *International psychogeriatrics*, Cambridge, v. 31, n. 2, p. 181-191, 2018. DOI: 10.1017/S1041610218000388
- ESTEBSARI, F. et al. Design and implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, London, v. 13, p. 669-679, 2018. DOI: 10.2147/CIA.S158097
- HALL, R. K. et al. Quality of life in older adults receiving hemodialysis: a qualitative study. *Quality of Life Research*, Berlin, v. 29, n. 3, p. 655-663, 2020. DOI: 10.1007/s11136-019-02349-9
- HUENCHUAN, S. *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile: Naciones Unidas; CEPAL, 2013.
- LAWTON, M. P. A Multidimensional view of quality of life in frail elders. In: BIRREN, J. E. et al. (Ed.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Cambridge: Academic Press, 1991a. p. 3-27. DOI: 10.1016/B978-0-12-101275-5.50005-3
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- LEFCOURT, H. M. *Research with the locus of control construct: assessment methods*. Cambridge: Academic Press, 1981. v. 1.
- LEFCOURT, H. M.; MARTIN, R. A.; SALEH, W. E. Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, Washington, DC, v. 47, n. 2, p. 378-389, 1984. DOI: 10.1037/0022-3514.47.2.378
- MOLLENKOPF, H.; WALKER, A. *Quality of life in old age: International and multi-disciplinary perspectives*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2007.
- MUSICH, S. et al. The impact of internal locus of control on healthcare utilization, expenditures, and health status across older adult income levels. *Geriatric Nursing*, Amsterdam, v. 41, n. 3, p. 274-281, 2020. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2019.10.008
- MUSICH, S. et al. The association of increasing resilience with positive health outcomes among older adults. *Geriatric*

*Nursing*, Amsterdam, v. 44, p. 97-104, 2022.

DOI: 10.1016/j.gerinurse.2022.01.007

RIVA, F. et al. Adult oral health-related quality of life instruments: A systematic review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Hoboken, v. 50, n. 5, p. 333-338, 2022. DOI: 10.1111/cdoe.12689

SANDLER, I. N.; LAKEY, B. Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 65-80, 1982.

DOI: 10.1007/BF00903305

SINGH, J. A. Quality of Life. In: NAOMI

SCHLESINGER, P. E. L. (org.). *Gout*.

Amsterdam: Elsevier, 2019. p. 119-139.

DOI: 10.1016/B978-0-323-54823-6.00011-7

SKINNER, E. A. Personality processes and individual differences: A guide to constructs of control. *Journal of Personality & Social Psychology*, Washington, DC, v. 71, n. 3, p. 549-570, 1996.

DOI: 10.1037//0022-3514.71.3.549

SLADE, G. D. (Ed.). *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997.

THANAKWANG, K. Family support, anticipated support, negative interaction, and psychological well-being of older parents in Thailand.

*Psychogeriatrics*, Hoboken, v. 15, n. 3, 2015.

DOI: 10.1111/psyg.12107

VITMAN SCHORR, A.; KHALAILA, R. Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Amsterdam, v. 77, p. 196-204, 2018.

DOI: 10.1016/j.archger.2018.04.009

WALKER, A. *Understanding Quality Of Life in Old Age*. Berkshire: Open University Press, 2005.

YOO-JEONG, M.; NGUYEN, A. L.; WALDROP, D. Social network size and its relationship to domains of quality-of-life among older persons living with HIV. *AIDS Care*, Abingdon, v. 31, p. 1-8, 2022.

DOI: 10.1080/09540121.2022.2057907

---

## Contribución de los autores

M. Seoane Campomar: concepción y diseño del estudio, análisis de datos y elaboración del manuscrito. R. De Marchi: concepción y diseño del estudio, análisis de datos y elaboración del manuscrito. F. Riva, Federico: concepción del estudio, data análisis y revisión crítica del manuscrito. R. K Celeste: concepción y diseño del estudio, análisis de datos y revisión crítica del manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del artículo.

## Agradecimientos

A la Facultad de Odontología de la Universidad de la República y a la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Río Grande do Sul que nos posibilitaron la beca de estudio para cursar el Doctorado en Odontología.

Recibido: 31/1/2023

Re-presentado: 31/1/2023

Aprobado: 8/2/2023