

Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en la calidad de vida de las personas mayores

Fidel Martínez Roget (director)
Manuel Gandoy Crego
Lorena López Rodríguez
Belén Vázquez Sampayo



Esta obra se encuentra bajo una licencia internacional Creative Commons BY-NC-ND 4.0. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra no incluida en la licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0 solo puede ser realizada con la autorización expresa de los titulares, salvo excepción prevista por la ley. Puede Vd. acceder al texto completo de la licencia en este enlace: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

© Universidade de Santiago de Compostela, 2021

Promove
Cátedra Cruz Roja Española
para a mellora da calidade de vida das persoas maiores
usc.gal/gl/catedras/cruzroja

Deseño e maquetación
Campus na Nube
campusnanube.gal

Edita
Servizo de Publicacións
Campus Vida
15782 Santiago de Compostela
usc.gal/publicacions

ISBN 978-84-18445-53-8

DOI <https://dx.doi.org/10.15304/9788418445538>

Índice

1.	Calidad de vida: tendencias estructurales e impactos coyunturales	5
1.1.	Marco teórico y antecedentes	6
1.1.1.	Calidad de vida: concepto y dimensiones	7
1.1.2.	Calidad de vida y vejez. Estado del arte	9
1.1.3.	La COVID-19: incidencia en Galicia	11
1.1.4.	El envejecimiento en Galicia	19
1.2.	Objetivos	21
1.3.	Metodología	22
2.	La calidad de vida de las personas mayores gallegas en un contexto de pandemia.....	25
2.1.	Análisis descriptivo	26
2.2.	Diferencias en las percepciones de las personas mayores	38
2.3.	Análisis estructural de la calidad de vida	45
2.4.	Perfiles de calidad de vida. Un análisis de segmentación	50
3.	Discusión de los resultados	57
4.	Conclusiones.....	63
5.	Recomendaciones	67
6.	Limitaciones y futuras ampliaciones	71
7.	Bibliografía	73
8.	Anexo.....	81

Calidad de vida: tendencias estructurales e impactos coyunturales

El 11 de marzo de 2020 la OMS (Organización Mundial de la Salud) declaró la pandemia mundial por el brote del coronavirus SARS-CoV-2; días después, el 14 de marzo de 2020, España decretaba el estado de alarma, mediante Real Decreto, para contener la enfermedad de la COVID-19, limitando la circulación de la ciudadanía, la entrada y salida de España o la permanencia en espacios públicos y privados, entre otras medidas restrictivas.

El estado de alarma, como marco legal de actuación, estuvo vigente en España en dos momentos diferentes del año 2020: desde el 14 de marzo al 21 de junio, contabilizándose 6 prórrogas en este periodo, y del 25 de octubre al 9 de mayo de 2021 (aún vigente en el momento de redacción de esta investigación).

La delegación de competencias que caracteriza al Estado descentralizado español establece que sean las CC.AA., así como las ciudades autónomas, las responsables de la aprobación de las medidas que permitan controlar la evolución de la pandemia, disminuir el contagio entre la población y garantizar la salud pública, medidas, por lo tanto, diferentes y adaptadas a cada territorio.

Desde el inicio de la crisis sanitaria en España los datos señalaban la edad y la existencia de patologías previas como factores de riesgo, no para el contagio al que

toda la población estaría expuesta por igual, pero sí para la evolución y complicación de la infección; las personas de más de 60 años, las embarazadas, las personas hipertensas, diabéticas, con enfermedades pulmonares crónicas o cardiovasculares, inmunodepresión, o cáncer, están siendo consideradas colectivos de riesgo y prioritarios en esta crisis sanitaria.

A medida que se han ido conociendo los datos de fallecimientos en España, se ha puesto el foco de atención no solo en las personas mayores como grupo de edad más afectado, sino también en las residencias de ancianos, lugares en los que los brotes de contagio y la mortandad han afectado en mayor medida.

En este escenario de crisis sanitaria, la Cátedra Cruz Roja Española para la mejora de calidad de vida de las personas mayores consideró imprescindible abordar una investigación social para analizar la calidad de la vida de las personas mayores y valorar el impacto que la COVID-19 estaba teniendo en sus vidas, más si cabe entre aquellas personas de mayor edad y a las que, en algunos casos, también acompaña la vulnerabilidad.

Superado el debate sobre el momento más idóneo de realización de la investigación, así como del enfoque que mejor se ajustaba al cometido de evaluar el impacto de la COVID-19 en la calidad de vida de las personas mayores, se presenta esta monografía como resultado del esfuerzo de investigar en tiempos de incertidumbre, midiendo una realidad inestable que ha trastocado las posibilidades de relación y comunicación intergeneracional, y poniendo el foco de análisis en un colectivo afectado drásticamente por la pandemia y por las medidas de contención.

6

1.1. Marco teórico y antecedentes

La realización de este trabajo ha requerido la planificación, revisión y ejecución de diferentes fases de investigación, dada la complejidad del objeto de estudio y las dificultades de medir los impactos de una crisis sanitaria en evolución, de fin incierto y que está originando enormes dificultades sociales y económicas.

Para acotar el ámbito de investigación, en un primer momento se ha procedido a realizar una revisión de la literatura científica en relación con la materia objeto de análisis, esto es, la calidad de vida (CdV), ahondando en las dimensiones que la componen, dada la multidimensionalidad que la caracteriza, el posible alcance de cada una de esas dimensiones y las relaciones que se producen entre ellas.

Posteriormente, se ha profundizado en la calidad de vida centrada en las personas mayores, al ser el colectivo de interés, tanto para la actividad de la Cátedra Cruz Roja Española como para los investigadores e investigadoras que participan en el proyecto, y cuya profesión o actividad laboral está directamente ligada con el objeto de la investigación.

En este apartado se trata de precisar el concepto calidad de vida, haciendo énfasis en la multidimensionalidad del mismo, se presenta el estado del arte en relación con la calidad de vida en la vejez y se analiza el impacto de la COVID-19 en Galicia, una enfermedad con impacto global pero con incidencia especial en las personas mayores. El apartado termina con una contextualización del proceso de envejecimiento demográfico en Galicia, marco de referencia y universo de estudio e interés en esta investigación.

1.1.1. Calidad de vida: concepto y dimensiones

En el ámbito científico, es a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando se despierta la preocupación por la calidad de vida (CdV). La propia Organización Mundial de la Salud definió en el año 1948 la salud desde una perspectiva multidimensional que va más allá de la ausencia de enfermedad, debiendo incluir aspectos relacionados con el bienestar físico, mental y social (OMS, 1948).

El interés por la calidad de vida se intensifica en los años sesenta del siglo pasado, proliferando la aparición de estudios que relatan la importancia de los aspectos subjetivos y de las percepciones individuales en las evaluaciones de la calidad de vida, que complementan los indicadores de tipo objetivo como el nivel educativo, la tipología de vivienda o el estatus socioeconómico (Campbell y Rodgers, 1976; Meeberg, 1993).

El concepto de calidad de vida es, sin embargo, un concepto complejo y disperso, a menudo confuso, y que suele identificarse con otras nociones relacionadas como pueden ser el bienestar, la satisfacción con la vida o la felicidad (Moons, Budts y De Geest, 2006; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Parece haber un cierto consenso, sin embargo, en torno a que la calidad de vida es un concepto multidimensional (WHOQOL Group, 1995; Rojo-Pérez et al., 2000; Skevington, 2002; Cummins, 2005; Fernández-Mayoralas et al., 2005), que incluye elementos objetivos y subjetivos (O'Boyle, 1994; Noll, 2002; Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002; Gabriel y Bowling, 2004; Verdugo et al., 2010), que varía a lo largo del tiempo y es, al mismo tiempo, diferente en función de la cultura y de los valores de las sociedades en las que viven los individuos (Carr, Gibson y Robinson, 2001; Ardila, 2003). La CdV depende de las características socioeconómicas y culturales del área en la que viven las personas, pero también depende de las características sociodemográficas de estas personas y de sus percepciones.

Los problemas de definición se trasladan también a la identificación de las dimensiones que conforman la calidad de vida y de los factores determinantes de la misma, pero llegan a un cierto acuerdo en que la calidad de vida incluye, como mínimo, las siguientes dimensiones: la dimensión física, la psicológica y la social (WHOQOL Group, 1995).

La dimensión física, y más concretamente la salud, debe estar presente en la evaluación de la CdV. La existencia de enfermedades o de situaciones de discapacidad condicionan el estado funcional del individuo e inciden en otras esferas como la psicológica, la económica o la social (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002). Es por ello que esta dimensión se ha tenido en cuenta en la mayoría de las aproximaciones a la CdV (Rojo-Pérez y Fernández-Mayorales, 2011).

En el caso de España, el 22,8% de la población presenta limitaciones de tipo crónico, en lo que se refiere al desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) (INE, 2021a). Se entiende por AVD aquellas que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. Pueden dividirse entre básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). En el primer grupo, destacan actividades como vestirse, comer, ducharse, levantarse (o sentarse) de una silla o de una cama, ir al servicio, etc., mientras que entre las instrumentales se apuntan tomar la medicación, limpiar el hogar o el manejo del dinero, entre otras (Álvarez et al., 2010).

El desempeño ocupacional de las personas mayores puede verse limitado debido a procesos agudos, enfermedades de progresión lenta, funciones y estructuras corporales deterioradas y condiciones ambientales y/o personales (INE, 2021a). Por tanto, se puede afirmar que la discapacidad es clave para evaluar las implicaciones del envejecimiento para la salud de la población (Naciones Unidas, 2015).

En la tradición de la gerontología social, sobre todo en Estados Unidos, la dimensión psicológica siempre ha estado muy presente en la medición de la calidad de vida (Bowling, 2002). Aspectos como la autoestima, la depresión o la ansiedad son evaluados con el objetivo de determinar la independencia, la autonomía y el control del individuo sobre su vida y, por lo tanto, estimar sus niveles de bienestar y de satisfacción con la vida.

Otra de las dimensiones que ha recibido una consideración especial, y en la que se ha centrado la investigación relacionada con el bienestar y la calidad de vida, es la dimensión social. Parece probado que la red social y el apoyo proporcionado por las relaciones sociales influyen positivamente en el estado de salud mental y físico y también en la calidad de vida (Wenger, 1992; Bowling et al., 2003).

El apoyo social puede definirse como el soporte actual o potencial proporcionado por personas, grupos, comunidades o instituciones con los que un individuo tiene relación (Şahin, Özer y Yanardağ, 2019). El apoyo social percibido es, por lo tanto, multidimensional, e incluye a la pareja, a la familia o a los amigos, y es un elemento muy importante de la salud física y mental (Zimet et al., 1988; Terzi, 2008).

Además de los anteriores, otros aspectos que se consideran relevantes en la determinación de la calidad de vida incluyen elementos muy variados y que podrían relacionarse con las condiciones de vida, el bienestar material y el medio ambiente. En esta categoría se incluirían, por ejemplo, el nivel de ingresos, la vivienda, el ambiente físico, la situación socio-política o el ocio, entre otros. Podría decirse que

estos aspectos forman parte, no tanto de las circunstancias individuales (estado de salud, personalidad, relaciones personales), sino más bien de las circunstancias del entorno y de los factores sociales (Lassey et al., 2001; Rojo-Pérez y Fernández-Mayorales, 2011).

La calidad de vida puede abordarse, como se ha comentado, desde dos perspectivas: la objetiva y la subjetiva. Las investigaciones que tratan de aproximarse a la calidad de vida utilizando elementos objetivos, lo hacen valorando datos e indicadores relacionados con las condiciones de vida de los individuos en cuanto al estado de salud, el nivel de ingresos, el nivel educativo, la calidad de la vivienda, la dotación de infraestructuras y equipamientos, etc. (Veenhoven, 1996; Bogner, 2005).

La perspectiva subjetiva de la calidad de vida hace referencia a las percepciones del individuo y, por lo tanto, a sus niveles de satisfacción con sus propias condiciones de vida. Parece que hay una opinión mayoritaria y creciente en torno a que la calidad de vida es principalmente subjetiva y depende, por lo tanto, de cada individuo, independientemente de las condiciones objetivas (WHOQOL Group, 1995). Además, y dentro de esta perspectiva subjetiva, a los individuos se les puede preguntar por sus percepciones en relación con las condiciones objetivas en las que vive.

1.1.2. Calidad de vida y vejez. Estado del arte

El aumento de la esperanza de vida en todas las edades ha implicado dos cambios significativos en la estructura demográfica. Uno es que se ha incrementado el porcentaje que las personas mayores representan dentro del total de la población, dando lugar a lo que se conoce como envejecimiento de la población. El otro es que ha aumentado el peso que las personas de más edad representan dentro de las personas mayores, originando un sobre-envejecimiento de la población.

En el caso concreto de España, mientras que la población total se multiplicó por 2,5 desde principios del siglo XX hasta el año 2021, la población de 65 y más años se multiplicó por 10, y la mayor de 80 años por más de 25. En la actualidad en España las personas mayores de 64 años representan el 19,4% de la población total y en Galicia el 25,5%. Por su parte, aquellas de 85 y más años representan en el conjunto de España el 17% del total de personas de 65 y más años, y en Galicia más del 19% (INE, 2021b). Además, estas dos tendencias se van a intensificar en las próximas décadas (INE, 2021c).

Desde el punto de vista individual, el envejecimiento refleja un éxito innegable en la lucha contra las enfermedades, que ha logrado retrasar el momento de la muerte. Pero también tiene consecuencias muy importantes, y a veces no totalmente visibles, como pueden ser la discapacidad, la soledad o la exclusión social (Walsh, Scharf y Keating, 2017). A pesar de los avances en la medicina y en los cuidados, lo normal

es que las tasas de discapacidad crezcan con la edad. En España se estima que a partir de los 80 años más de la mitad de la población española tiene algún tipo de problema para realizar las actividades de la vida diaria y padece alguna enfermedad crónica (INE, 2021a).

El progresivo envejecimiento de la población y el peso creciente de las personas mayores en la sociedad han despertado el interés por las condiciones de salud y por la calidad de vida este colectivo. La Organización de las Naciones Unidas recomienda a los gobiernos el diseño de políticas innovadoras especialmente dirigidas a las necesidades de las personas mayores, incluidas aquellas relacionadas con el hogar, el empleo, la salud, la protección social y la promoción de un estilo de vida activo y saludable (Naciones Unidas, 2015).

En el ámbito de la calidad de vida en la vejez, la tradición predominante en Europa durante muchos años ha adoptado, sin embargo, una perspectiva basada en el funcionalismo y excesivamente centrada en la dependencia de las personas de más edad (Phillipson y Walker, 1986). Este modelo asistencial, que asocia la vejez a un período de decadencia, pobreza, necesidad de servicios y pérdida de salud física y mental, ha subestimado, inevitablemente, la calidad de vida de las personas mayores (Gabriel y Bowling, 2004).

En los últimos años, esta perspectiva ha cambiado hacia una visión más positiva de la vejez, y en la que se ha reconocido la importancia de las percepciones de las personas mayores en relación con su calidad de vida (Hickey et al., 1999; Bowling, 2002).

A este cambio de perspectiva han contribuido varios factores. En primer lugar, el hecho de que muchas personas mayores sean independientes y puedan llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin restricciones. En segundo lugar, la propia opinión de las personas mayores que, independientemente de sus condiciones de salud o de sus circunstancias sociales, refleja, en un porcentaje muy alto de casos, elevados niveles de felicidad y de satisfacción con sus vidas (Bowling, Farquhar y Browne, 1991; Walker y Maltby, 1997). Por último, el progresivo envejecimiento de la población, que hace que el colectivo de las personas mayores sea uno de los más importantes y, por lo tanto, en el que deben centrarse muchos de los esfuerzos de las sociedades.

Un reflejo de este cambio de tendencia ha sido la decisión por parte de la OMS de declarar el período 2021-2030 como el «Decenio de Envejecimiento Saludable». Se trata de un plan de acción sobre el envejecimiento y la salud que se ajusta a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas y que debe entenderse como un proceso que fomenta la capacidad funcional de las personas mayores y permite incrementar el bienestar en la vejez.

En relación con los determinantes de la calidad de vida en la vejez, las dimensiones apuntadas con anterioridad para la CdV global siguen siendo válidas para el análisis

de la CdV de las personas mayores. En la calidad de vida de las personas mayores influyen un amplio grupo de factores que van desde el apoyo social y la red de relaciones, el medio ambiente, las condiciones del hogar, los recursos económicos, el nivel de actividad de la persona mayor, su grado de autonomía e independencia en la toma de decisiones, o la salud física y mental (Bowling, 2002; Şahin, Özer y Yanardağ, 2019). Del mismo modo, variables como el lugar de residencia y la calidad de la atención recibida puede influir en la calidad de vida de las personas mayores (Young et al., 2017).

En comparación con otros grupos etarios, algunos de los factores apuntados tendrían, además, un impacto diferencial en la CdV de las personas mayores. Por un lado, desde el punto de vista económico, es habitual que los ingresos disminuyan una vez que las personas se jubilan y dejan de participar activamente en el mercado laboral. Por otro lado, es frecuente que las relaciones sociales, las oportunidades de ocio o las propias condiciones de la vivienda se vean mermadas, o no sean las más adecuadas para esta etapa vital. Por último, si el estado de salud y la capacidad funcional es relevante en la determinación de la CdV en general, lo es aún más en la vejez, dado que, a partir de un determinado umbral, existe una relación directa entre edad y deterioro de las capacidades físicas y mentales.

Un trabajo reciente de Henchoz et al. (2019), que utiliza un análisis longitudinal, revela que la calidad de vida de las personas mayores tiende a disminuir con el paso de los años, y que este deterioro además afecta a la mayoría de las dimensiones de la CdV.

En España, la Encuesta Nacional de la Salud, revela que las limitaciones en la autonomía personal van en aumento conforme se incrementa la edad, sobre todo aquellas de carácter grave, y siendo estas más frecuentes en el sexo femenino. De hecho, los resultados de la encuesta indican que a partir de los 64 años se duplica la prevalencia de limitación funcional grave cada diez años y que, a partir de los 84 años, solo el 23,2% de las personas mayores manifiesta no haber presentado limitación en la ejecución de las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses. Dentro de las limitaciones funcionales asociadas a la edad, destacan las relacionadas con la movilidad (superiores en el sexo femenino) y con las limitaciones acústicas (INE, 2021a).

1.1.3. La COVID-19: incidencia en Galicia

La pandemia por COVID-19 en la que se encuentra inmersa la población mundial no tiene la misma incidencia y virulencia en todos los territorios. Al cierre del año 2020, según datos de la OMS, se han contabilizado más de 81,1 millones de personas afectadas y más de 1,7 millones de fallecidos en el mundo. Las diferencias

de España con el conjunto de Europa, o de Galicia con respecto a otras Comunidades Autónomas españolas, merecen ser analizadas para dar concreción y rigor al marco geográfico de esta investigación.

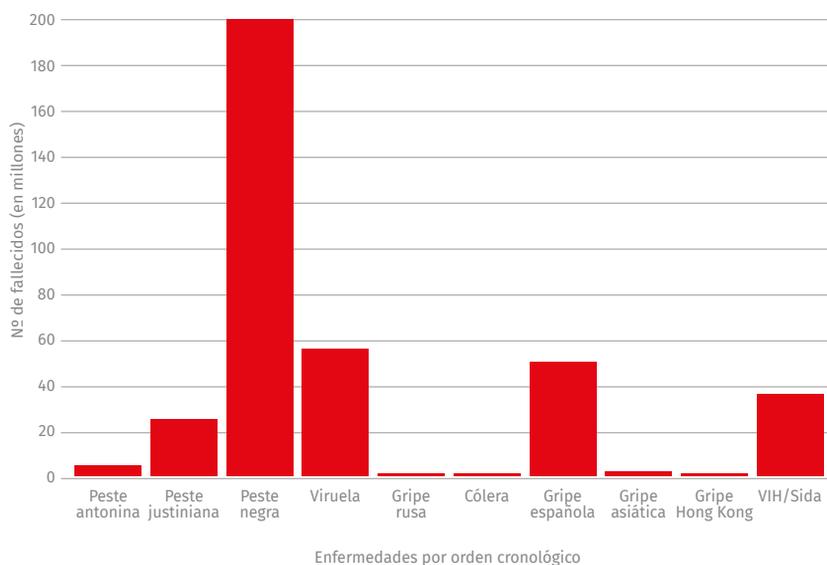
Los criterios para la contabilización de las personas afectadas por la enfermedad, o fallecidas a causa de esta, no coinciden en todos los países. Tampoco lo hacen las fechas en las que se ha iniciado el conteo de la incidencia de la pandemia o los criterios que determinan la inclusión de un fallecimiento en el conteo oficial. Todos estos hechos dificultan el análisis concreto del desarrollo de la pandemia en un ámbito territorial acotado, pero a la vez también el análisis comparado de las diferentes realidades en esta crisis sanitaria mundial.

Estas limitaciones, junto con las diversas estrategias de contención del virus por parte de las autoridades sanitarias, la disparidad de restricciones de movilidad ciudadana o de permisividad en las actividades económicas, impiden profundizar en la efectividad de las medidas adoptadas a lo largo de la gestión. Del mismo modo, también dificultan determinar las causas que han podido contribuir a frenar el contagio en el periodo comprendido entre las diferentes olas que se han registrado a lo largo del año 2020, marco temporal de este estudio.

A cierre del año 2020, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España informaba de la existencia de un total de 1.928.265 casos confirmados, que ascendían a 25.361.223 en el conjunto de Europa. En cuanto a personas fallecidas por COVID-19, España contabilizaba 50.837 personas en ese mismo momento, situándose entre los países con mayor mortandad en el transcurso de la pandemia a lo largo del primer año de la misma (Ministerio de Sanidad, 2021).

A pesar de que la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 es una causa de muerte «vigente» en la actualidad, la comparativa con otras pandemias a lo largo de la historia permite conocer la magnitud que tiene y la que han tenido otras enfermedades ya erradicadas, que provocaron trascendentes crisis poblacionales y sanitarias en el mundo, ver Gráfico 1.

Gráfico 1. Epidemias a lo largo de la historia



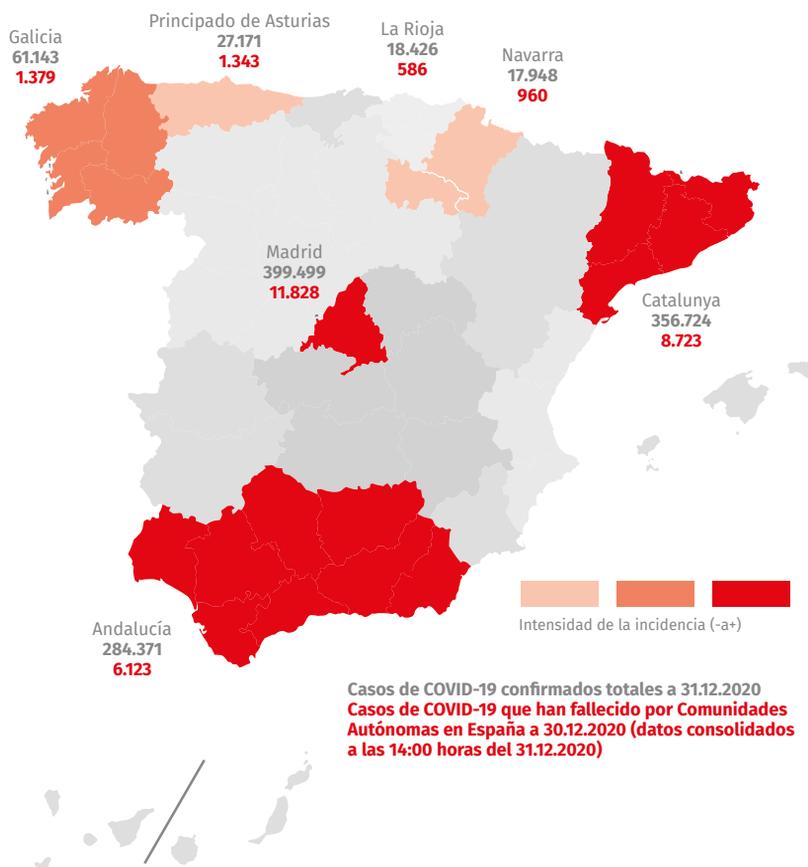
Elaboración propia con datos de MASTER'S OF PUBLIC HEALTH
Centro para el control y prevención de enfermedades

La incidencia de la enfermedad COVID-19 en España durante el año 2020 no ha sido homogénea en todas las CC.AA., del mismo modo que no lo son las características sociodemográficas de la ciudadanía a la que afecta. El tamaño y la densidad poblacional, los flujos entre territorios afectados o la estructura de la actividad empresarial y comercial, son algunas de las posibles variables explicativas del contagio y de la expansión de la enfermedad.

El análisis de la incidencia del coronavirus SARS-CoV-2 en el 2020 en España sitúa a Galicia como una de las CC.AA con menor afectación, entendida esta como el número total de casos confirmados y también de personas fallecidas, como muestran los datos consolidados a 31 de diciembre de 2020 recogidos en el Gráfico 2.

Para la comparativa se han incluido las tres CC.AA. con mayor afectación (Comunidad de Madrid, Catalunya y Andalucía), y las tres con menor (Navarra, La Rioja y Principado de Asturias). No se han considerado las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y las Islas Canarias, por no contar con el dato actualizado a la fecha, y se ha tomado la información de los datos individualizados notificados por las CC.AA. a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (sistema SiViEs).

Gráfico 2. Incidencia de la COVID-19 en España por CC.AA.



14

Elaboración propia con datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (sistema SiViEs).

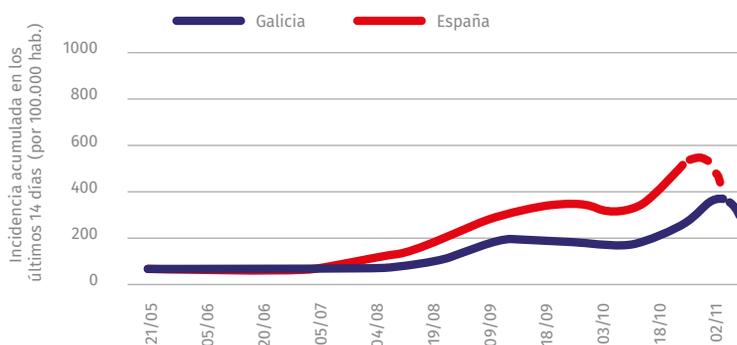
Los datos que caracterizan el contexto epidemiológico y sanitario de Galicia son diferentes al de otros territorios de España, y a su vez varían en función de las diferentes olas registradas en el transcurso de la pandemia. Para concretar un marco temporal de observación de las estadísticas particulares, se toma como referencia el periodo de realización del trabajo de campo llevado a cabo en la investigación social que motiva esta monografía, del 3 al 12 de noviembre de 2020.

Consultadas las fuentes oficiales de información secundaria, tanto del gobierno estatal como del autonómico en Galicia, a continuación se detallan algunos datos relevantes que permiten acercarse y comprender mejor la incidencia que la COVID-19 ha tenido en Galicia en el periodo analizado.

El Centro Nacional de Epidemiología (CNE), dependiente del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, a través de un portal web actualizado, da cuenta de las estadísticas más relevantes en relación a la COVID-19 en España. En el *Informe nº 51. Situación de COVID-19 en España*, publicado el 6 de noviembre de 2020, cifra el total de casos de COVID-19 en España en 1.065.850 personas, de los cuales 28.231 pertenecen a la CC.AA. de Galicia, lo que representa un 2,6% del total.

En el Gráfico 3 consta la incidencia acumulada en los últimos 14 días (en el periodo ya definido), cuyos resultados evidencian que Galicia ha registrado una curva semejante a la que caracteriza la evolución de la pandemia en España, pero con niveles de afectación menores.

Gráfico 3. Incidencia acumulada en los últimos 14 días en España y Galicia

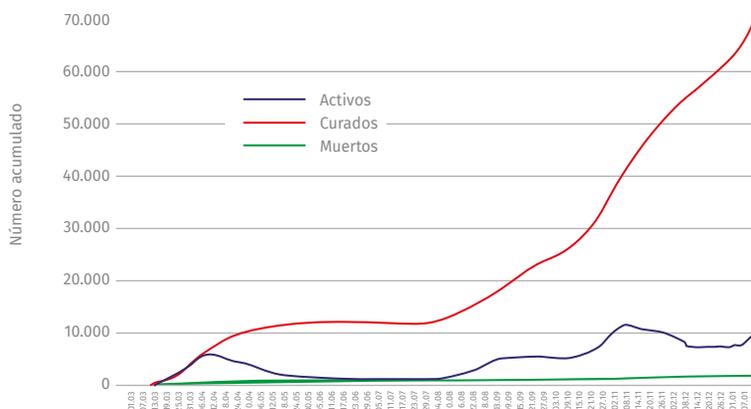


Elaboración propia con datos del Centro Nacional de Epidemiología (CNE).

La Xunta de Galicia y el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) informan que a esa misma fecha, 6 de noviembre de 2020, la Comunidad Autónoma de Galicia registra 10.368 casos activos, 30.000 personas ya curadas y 987 personas fallecidas, ver Gráfico 4.

En el mismo gráfico se observan claramente dos olas de incidencia por COVID-19 en Galicia, una primera ola que se produce en los meses de marzo y abril de 2020 y una segunda ola que se inicia en septiembre de 2020 y que se prolonga hasta finales del año 2020.

Gráfico 4. Incidencia de COVID-19 en Galicia



Elaboración propia con datos del Servicio Galego de Saúde (SERGAS).

En el momento de redacción de esta monografía, se ha registrado y superado la existencia de una tercera ola de contagios, que se acota en los primeros meses del año 2021 (entre enero y febrero) y cuyo repunte ya comenzaba a ser visible en los primeras semanas de enero.

Las dos primeras olas no difieren notablemente en cuanto al número de fallecidos en Galicia, tal y como se puede apreciar en el Gráfico 4, pero sí lo hacen en cuanto al número de casos activos. En la primera ola la población estuvo sometida a un confinamiento social y domiciliario, no así en la segunda; esta diferencia es una de las principales que se esgrime para explicar el incremento de los contagios de la primera a la segunda ola, ya que en esta última aumentó la libertad de movimientos de la población y con ello las relaciones sociales.

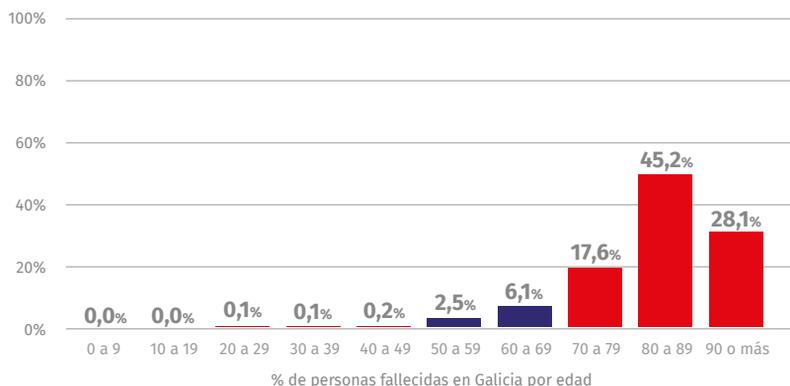
En el dato de personas curadas es donde se observa una diferencia más drástica entre ambas olas, cerrando el año 2020 con más de 50.000 personas curadas de COVID-19 en Galicia. Este dato resulta esperanzador, teniendo en cuenta la situación de pandemia que se vive, pero tan solo representa el 1,9% de la población total y aún mantiene a la población gallega lejos de la denominada inmunidad de grupo.

El análisis pormenorizado de los resultados que facilita el SERGAS pone de relieve que la COVID-19 ha afectado, a lo largo del 2020, ligeramente más a las mujeres que a los hombres, 54,2% frente a 45,8%, diferencia que se mantiene en las siete áreas Sanitarias en las que se divide Galicia: A Coruña y Cee; Santiago de Compostela y Barbanza; Ferrol; Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras; Pontevedra y Salnés; Vigo y Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos. Este dato parece estar relacionado

con la feminización del envejecimiento y el mayor impacto de la COVID-19 en las personas de edades más avanzadas.

Aunque el factor de la edad no es determinante y explicativo en sí mismo del riesgo de fallecer por COVID-19, ya que también influye el estado de salud de la persona, así como la existencia de pluripatologías o la necesidad de polimedicación, sí se observa que el número de personas fallecidas es mayor entre las personas de edades más avanzadas (datos a 11 de enero de 2021), como muestra el Gráfico 5.

Gráfico 5. Incidencia de la COVID-19 en Galicia



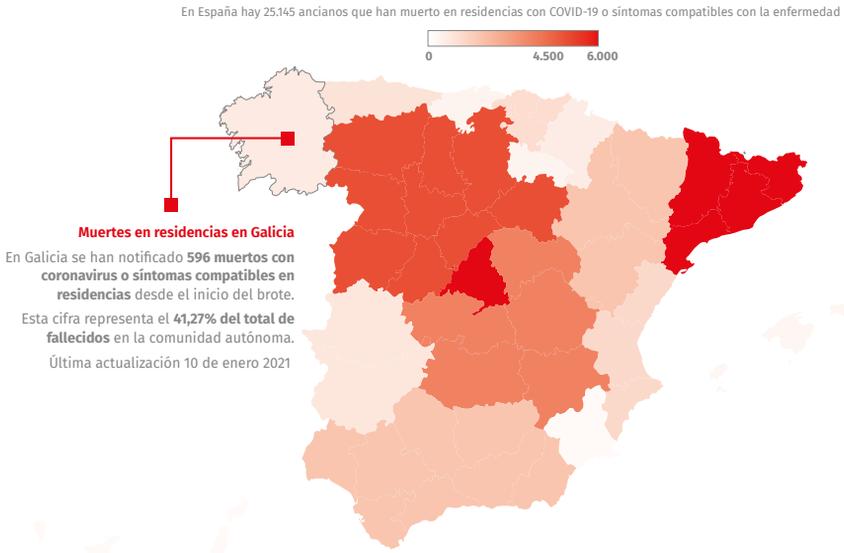
Elaboración propia con datos del Servicio Galego de Saúde (SERGAS).

Sin entrar a valorar las diferencias que existen dentro de la categoría «personas mayores», ni cuál es la edad en la que una persona entra a formar parte de la misma, se asume el criterio estadístico que establece la inclusión de personas de 65 años y más. De este modo, el Gráfico 5 revela que más del 90% de las personas que han fallecido en Galicia a raíz del coronavirus SARS-CoV-2 eran personas mayores, creando una urgente necesidad de profundizar en las particularidades de este colectivo, dado el peso del mismo dentro de la población gallega.

A la menor resistencia a la enfermedad, por las condiciones previas de salud y las complicaciones que en algunos casos acarrea la edad, hay que sumarle el problema de los brotes de contagio registrados en las residencias de mayores, espacios limitados en los que conviven numerosas personas con características similares y de riesgo (varias patologías, problemas cognitivos, deterioro físico, etc.).

De ahí que, tal y como refleja el Gráfico 6, buena parte de las víctimas se hayan registrado y concentrado en este tipo de centros, aprovechando la facilidad de contagio y acentuado por la virulencia del coronavirus SARS-CoV-2.

Gráfico 6. Fallecimientos con coronavirus en residencias según CC.AA.



Elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad y de las Consejerías de las CCAA.

18

Si bien los datos de fallecimientos por COVID-19 en residencias en España no han sido actualizados de manera periódica por cada CC.AA., sí se puede afirmar que en Castilla y León, Catalunya o Madrid el porcentaje que representan esos fallecimientos con respecto al total supera el 50%, al menos durante el año 2020. En el caso de Galicia el porcentaje de contagios se sitúa por encima del 40%. Estos datos preocupantes han motivado el inicio de investigaciones y comisiones, tanto por parte de las fiscalías como de los gobiernos autonómicos, para depurar posibles responsabilidades en la gestión de los centros o en la derivación de los usuarios/as a hospitales o centros sanitarios.

Tras una carrera considerada contrarreloj para el descubrimiento de vacunas contra el SARS-CoV-2, el 27 de diciembre de 2020 se suministraron en España, y en Galicia, las primeras dosis de una vacuna contra la COVID-19. Las receptoras de ambas fueron mujeres de más de 65 años y residentes de centros de mayores.

El impacto diferencial de la enfermedad según tramos etarios justifica que los esfuerzos iniciales en el reparto de las vacunas se centrasen en las personas mayores, con la pretensión de protegerlas al ser más vulnerables frente a la pandemia. La principal razón de esta elección es que las personas de mayor edad, con pluripatologías e institucionalizadas son el colectivo prioritario, al estar siendo el más afectado y en el que mayor número de fallecimientos se han registrado.

1.1.4. El envejecimiento en Galicia

La COVID-19 es una enfermedad que, como viene observándose, provoca mayor número de muertes entre las personas de edades más avanzadas, no solo por un criterio de edad, sino al registrarse también un peor estado de salud y, en la mayoría de los casos analizados, coexistir también con patologías previas.

Las particularidades demográficas de la comunidad gallega, con un importante peso de población mayor, la convierten en un territorio de especial interés para analizar el impacto que está teniendo la COVID-19 y perfilar en detalle las características del envejecimiento que se registra en su población.

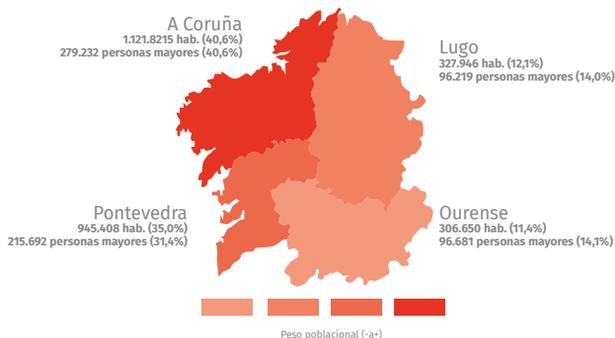
Galicia es la CC.AA. con el segundo índice de envejecimiento más elevado de España, 202,2%, solo superado por el Principado de Asturias, con 224,6%, y muy superior a la media estatal que se sitúa en 125,8%, atendiendo a los datos del INE para el año 2020 (INE, 2021b).

La población de Galicia asciende en la actualidad a 2.701.819 habitantes, de los cuales un 25,5% es población mayor (687.824 personas), siguiendo el criterio estadístico ya descrito y que establece el corte de edad a partir de los 64 años.

La distribución de la población es desigual entre las cuatro provincias que conforman la CC.AA., tal y como se representa en el Gráfico 7. En las provincias costeras, A Coruña y Pontevedra, viven 7 de cada 10 gallegos (2.067.223 de habitantes), mientras que Ourense y Lugo acusan el proceso de despoblación que se conoce como la «España vaciada», con poco más del 20% de la población total.

Esta desproporción en el número de habitantes por provincias también se observa en el caso de las personas mayores, cuyo peso porcentual es similar al descrito para la población total de la comunidad gallega (ver Gráfico 7).

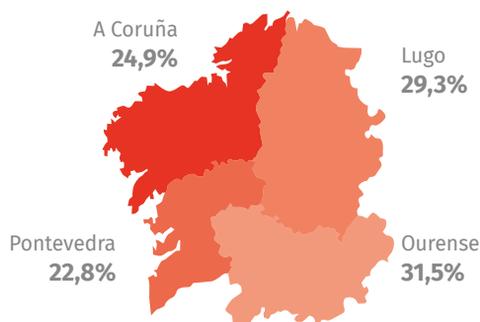
Gráfico 7. Distribución poblacional en Galicia



Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Sin embargo, al entrar en detalle a analizar los datos particulares de cada provincia se percibe información relevante en cuanto al envejecimiento poblacional. En Ourense y Lugo, a pesar de contabilizar menor número de personas mayores que las otras dos provincias gallegas, la población está más envejecida. Aunque es cierto que hay menos número de personas mayores, las que hay son más en proporción al resto de habitantes, por lo que se puede hablar de una población más envejecida, tal y como recoge el Gráfico 8.

Gráfico 8. Peso de la población mayor en cada provincia



Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

El peso que la población de 65 y más años ha ido aumentando de forma paulatina en Galicia a lo largo de las últimas décadas. Este fenómeno provoca que se haya duplicado el porcentaje entre el año 1975 y la actualidad, al pasar del 12,1% a casi el 26%. A esto hay que añadir la consolidación de la longevidad, ya que si en el año 1975 los octogenarios representaban menos del 2% de la población total, en la actualidad ese porcentaje se sitúa próximo al 9% (INE, 2021d).

A este progresivo envejecimiento de la población en Galicia ha contribuido el drástico descenso en las últimas décadas de la tasa de natalidad (la segunda más baja en España según datos del INE para el 2019, después de la del Principado de Asturias). La emigración de población en edad laboral hacia otros territorios de España, y hacia otros países, también han influido en el proceso de envejecimiento, como lo ha hecho la importante reducción de la mortalidad y el notable incremento de la esperanza de vida al nacer.

Si bien la incorporación de la perspectiva de género es ineludible a cualquier realidad que sea analizada, en el caso de la caracterización de la vejez en Galicia resulta imprescindible, ya que el carácter de la longevidad y del envejecimiento es más marcado en el caso de las mujeres y se aprecian diferencias destacables entre mujeres y hombres.

En el año 2019, la esperanza de vida a los 65 años en Galicia era de 21,8 años, situándose en el caso de los hombres en los 19,6 años y ascendiendo en el caso de las mujeres a los 23,6 años. Las diferencias se han ido acrecentando paralelamente al incremento de la esperanza de vida: hace cuarenta años la mujer aventajaba al hombre en 2,7 años y en la actualidad la diferencia se sitúa en más de 4 años. Se trata de una tendencia que seguramente se mantendrá en el futuro.

En cuanto a la esperanza de vida al nacer, hay que destacar que en las últimas décadas creció más de 3 años, situándose en la actualidad en 83,5 años, 86,3 años en las mujeres y 80,6 años en los hombres.

Las proyecciones poblaciones del INE para Galicia, al igual que las del conjunto de España, apuntan a un crecimiento en el peso porcentual de las personas mayores en todos los tramos de edad en el medio plazo. Del mismo modo, también se proyecta a Galicia como una de las Comunidades Autónomas con mayor índice de envejecimiento en el futuro y muy superior a la media estatal (INE, 2021c).

El resultado de estos procesos dibuja el escenario de una Galicia envejecida y que demanda mayor atención y cuidados para las personas mayores, incorporando perspectiva de género a la vejez y prestando especial atención a los territorios más despoblados y con menores prestaciones asistenciales.

Queda por ver si las consecuencias de la crisis sanitaria y económica que acarrea la pandemia por COVID-19, la aprobación de políticas públicas concretas por parte de las diferentes administraciones públicas y la evolución que originan los movimientos migratorios pueden revertir esa tendencia, a la procura de crear un sistema de atención y cuidados adecuado, que atienda a la diversidad y aporte calidad a los años que se le van conquistando a la vida en la senectud.

1.2. Objetivos

El objetivo general de esta investigación social es analizar la calidad de vida de las personas mayores en Galicia y los impactos que sobre la misma puedan haber infringido la situación sanitaria, social o económica derivadas de la COVID-19.

Para su consecución se realiza este estudio, desde una perspectiva subjetiva que considera la calidad de vida como un constructo multidimensional, y que incorpora percepciones sobre condiciones objetivas de los individuos, como puede ser su estatus económico, las condiciones del entorno o la dotación de servicios.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Evaluar la percepción general en relación con la calidad de vida y la satisfacción global de las personas mayores en Galicia con su estado de salud.
- Analizar la CdV desde diferentes prismas o perspectivas: dimensión física, dimensión psicológica, relaciones sociales y dimensión ambiental.

- Estudiar las características sociodemográficas, la forma de convivencia, el tipo de hábitat residencial o la utilización de recursos asistenciales por parte de las personas mayores en Galicia.
- Conocer las opiniones de las personas mayores en relación con el apoyo recibido y las medidas adoptadas durante la pandemia.
- Analizar la existencia de diferencias significativas en la calidad de vida y la percepción del estado de salud en función de distintas características de las personas mayores, como pueden ser el sexo, la edad, el nivel de estudios o la profesión anterior a la jubilación, entre otras.
- Investigar la existencia de grupos de personas mayores homogéneos a partir de las percepciones relacionadas con la calidad de vida.

1.3. Metodología

Uno de los conceptos de calidad de vida más utilizados y que más consenso genera es el proporcionado por la OMS, que define la CdV como «la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones» (WHOQOL Group, 1995).

22

Se trata de un concepto que incorpora percepciones relacionadas con el estado físico, el estado psicológico, el nivel de independencia, las creencias personales, la autoestima, las relaciones sociales, o las condiciones del entorno en las que viven las personas. Esta definición adopta una perspectiva subjetiva de la calidad de vida, es multidimensional e incluye aspectos positivos y negativos de la vida. Se trata por lo tanto, de conocer lo satisfechas, o insatisfechas, que están las personas con aspectos clave y relevantes de su vida.

A partir de esta definición la OMS desarrolló el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), un cuestionario con 100 ítems, como instrumento para comparar la CdV y que puede utilizarse a nivel internacional. Posteriormente, y a partir de este, se diseñó una versión reducida denominada WHOQOL-BREF, que aproxima la calidad de vida a partir de cuatro dimensiones: física, psicológica, ambiental y de relaciones sociales.

El WHOQOL-BREF ha sido validado y utilizado en diferentes países y regiones para evaluar la calidad de vida de las personas mayores (Fleck et al., 2000; Espinosa et al., 2011; Ferreira et al., 2015; Huerta, Romo y Tayabas, 2017; Suárez, Tay y Abdullah, 2018). Este ha sido el instrumento que ha servido de base para el diseño del cuestionario que se ha utilizado en el trabajo de campo que sustenta los resultados de esta investigación.

El WHOQOL-BREF consta de 26 preguntas: dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas para aproximar la calidad de vida en las cuatro áreas mencionadas con anterioridad (física, psicológica, ambiente y relaciones sociales).

El cuestionario utilizado en el marco del trabajo incorporó además, preguntas adicionales para obtener un perfil sociodemográfico de las personas mayores, las formas de convivencia, el estado de salud y el grado de satisfacción con distintos aspectos vinculados con la pandemia derivada del COVID-19 (ver Anexo).

A partir del modelo de cuestionario WHOQOL-BREF y mediante la metodología CATI de entrevistas telefónicas asistidas por ordenador (CATI para red de PC de elaboración propia de la empresa responsable del trabajo de campo), se realizó una encuesta sometida a los correspondientes procesos de ajuste (para garantizar la representatividad estadística en cuanto a sexo, edad, provincia y tipo de hábitat), de la que se obtuvieron un total de 411 entrevistas válidas.

La duración media del cuestionario alcanzó los 14,8 minutos, sin observarse limitaciones por parte de las personas mayores en cuanto a la duración ni comprensión del mismo.

Considerando como universo la población de 65 y más años residente en Galicia y respetando las cuotas de control que garantizan la representatividad de la muestra, la selección de participantes se materializó entre el perfil heterogéneo de personas mayores de Cruz Roja en Galicia (personas usuarias, voluntarias y/o socias), aprovechando así el registro existente y las facilidades que genera en la identificación y localización de participantes en esta investigación social.

Para un nivel de confianza del 95% y la máxima indeterminación ($p=q=0,5$), el margen de error se situó en el $\pm 4,8\%$.

El trabajo de campo se desarrolló entre el 3 y el 12 de noviembre de 2020, y en el informe de campo resultante no se recogen incidencias destacables en el desarrollo del mismo. Durante la realización del trabajo de campo se supervisaron el 5% de las entrevistas completas y al 100% de los entrevistadores, revisando la congruencia en las respuestas facilitadas por los entrevistados/as.

La realización del trabajo de campo se hizo de acuerdo con las Normas UNE-ISO 20252 e ISO 9001.

La calidad de vida de las personas mayores gallegas en un contexto de pandemia

La encuesta realizada en el marco de esta investigación social con personas mayores en Galicia ha arrojado datos muy interesantes sobre las diferentes dimensiones que conforman su calidad de vida y sobre sus opiniones en relación a algunas cuestiones de la crisis sanitaria originada por la pandemia por COVID-19.

Para profundizar en la explotación estadística de los resultados obtenidos, y proceder al análisis estadístico en busca de conclusiones relevantes y explicativas del impacto de la COVID-19 en la calidad de vida, se ha elaborado un Plan de Análisis. En él se refleja la conveniencia de exponer el análisis estadístico descriptivo de los principales resultados, un análisis de asociación entre variables (utilizando tablas de contingencia), un análisis de las propiedades psicométricas de la encuesta y de las relaciones entre las dimensiones de la calidad de vida (utilizando un modelo de ecuaciones estructurales) y un análisis clúster, con el objetivo de identificar grupos de mayores homogéneos en relación con las percepciones relacionadas con la calidad de vida.

2.1. Análisis descriptivo

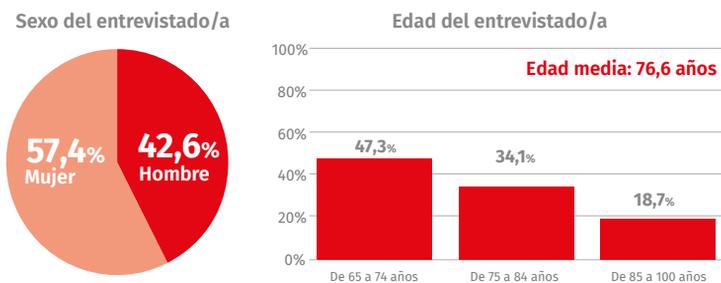
En la primera aproximación a los resultados de la encuesta, se ha procedido al análisis descriptivo de los resultados, agrupando y ordenando la información obtenida para mostrar las percepciones de los entrevistados/as en relación a las variables que componen las dimensiones de su calidad de vida y que se recogen en el cuestionario WHOQOL-BREF.

A continuación se caracteriza el perfil de la muestra representativa que ha sido seleccionada para esta investigación, atendiendo a las características sociodemográficas y geográficas que caracterizan a las personas mayores en Galicia, según datos actuales del INE, y que permiten extrapolar los resultados obtenidos al conjunto de toda la población mayor gallega.

Perfil del entrevistado/a

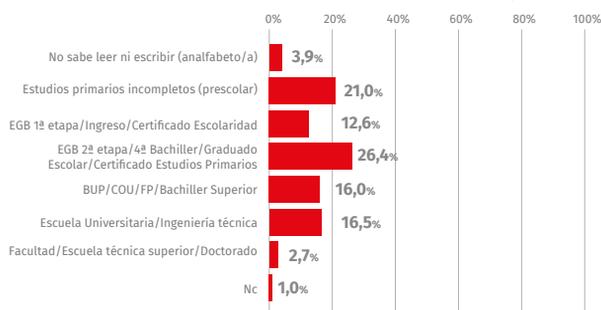
Del total de personas mayores entrevistadas, más de la mitad (57,4%) son mujeres, y sus edades oscilan entre los 65 y los 100 años, con una media de edad de 76,6 años. A partir de los 64 años no se ha restringido la edad para participar en la encuesta, dejando esa decisión en manos de las personas mayores contactadas según su propio criterio, siendo 100 años la edad de las personas más longevas que finalmente participaron en la investigación.

Gráfico 9. Sexo y edad del entrevistado/a



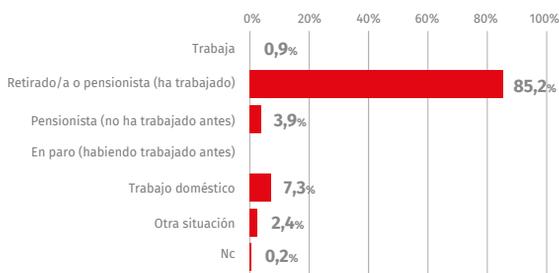
En cuanto al nivel de estudios más elevado que los entrevistados/as han cursado y finalizado se observa que la selección muestral arroja un grupo heterogéneo, con porcentajes menos elevados en los niveles universitarios, dadas las dificultades económicas o de acceso a la universidad que existían en España cuando las personas ahora mayores pudieron iniciar esa etapa.

Gráfico 10. Nivel de estudios del entrevistado/a



En la actualidad, 8 de cada 10 entrevistados/as están ya retirados/as o son pensionistas, mientras que casi 1 de cada 10 se dedica a los trabajos domésticos, mujeres en su mayoría. El porcentaje de personas que con 65 años o más sigue trabajando es residual, tan solo un 0,9% del total de entrevistados/as.

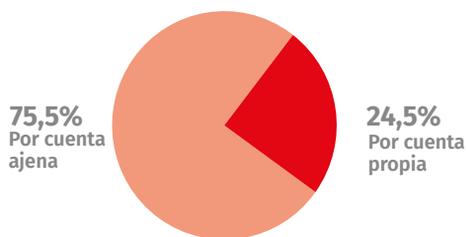
Gráfico 11. Ocupación del entrevistado/a



Del 86,1% de personas que han trabajado o trabajan en la actualidad, la amplia mayoría lo hacen por cuenta ajena, frente a un 24,5% que lo hizo, o hace, por cuenta propia.

Entre las profesiones más comunes ocupadas por las personas mayores entrevistadas, destacan «oficiales/as, operarios/as y artesanos/as de artes mecánicas y de otros oficios», con un 24,5%, y «trabajadores/as de los servicios y vendedores/as de comercios y mercados» con un 14,2%, pero también hay un 9,3% de «profesionales científicos/as e intelectuales» o un 9,2% de «técnicos/as y profesionales de nivel medio», entre muchas otras profesiones.

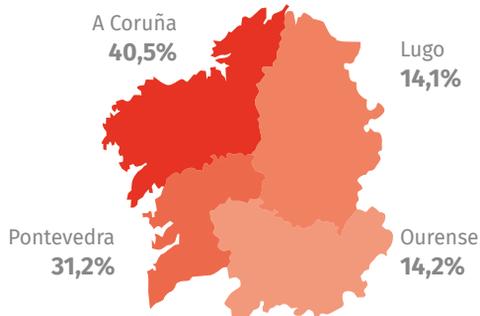
Gráfico 12. Tipología de trabajo del entrevistado/a



En lo que al hábitat y provincia de residencia se refiere, los datos reflejan que en las provincias de costa (A Coruña y Pontevedra), residen más personas mayores, frente a Ourense y Lugo que registran menor porcentaje de población de 65 años y más. Hay que recordar que la selección de entrevistados/as se ha hecho respetando la distribución provincial de la población mayor en Galicia.

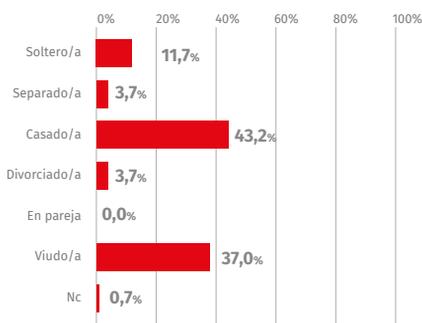
En la cuestión referida al hábitat el reparto está más equilibrado: un 36,4% de la población mayor gallega reside en ámbito urbano (siete ciudades gallegas: A Coruña, Santiago de Compostela, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra y Vigo), un 35,9% en ámbitos intermedios (áreas locales con densidad superior a 100hab/km², o con población toral de la zona superior a 50.000 habitantes o adyacente a una ciudad) y un 27,8% en ámbitos rurales (áreas locales que no son urbanas ni intermedias). Esta distribución dibuja un escenario muy diverso para el colectivo de personas mayores, ya que residen en entornos muy dispares, con dotaciones de recursos, transportes o posibilidades de ocio que condicionan su actividad diaria y que estarán afectando a sus vivencias durante la pandemia.

Gráfico 13. Provincia de residencia del entrevistado/as



En cuanto al estado civil, del total de participantes en la encuesta, un 43,2% están casados en la actualidad, un 37% lo han estado pero ya ha fallecido uno de los cónyuges, mientras que un 11,7% se han mantenido solteros/as. En general se observa un porcentaje muy elevado de personas mayores en Galicia que han compartido parte de su recorrido vital con una pareja.

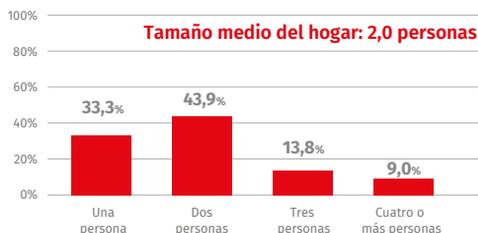
Gráfico 14. Estado civil del entrevistado/a



El tamaño medio de hogar de las personas mayores entrevistadas en Galicia es de 2 personas, con un 33,3% de personas que viven solas y más de un 20% que lo hacen en hogares de más de 2 personas.

Aunque el hecho de vivir solo/a no representa un problema en sí mismo, la soledad en las personas mayores, en situaciones de enfermedad, con dificultades de movilidad, escasez de relaciones sociales o siendo la soledad no deseada, se convierte en una situación de riesgo y vulnerabilidad que es preciso detectar y atajar desde el entorno más próximo y con la atención y el apoyo que prestan las organizaciones sociales que trabajan en ese campo.

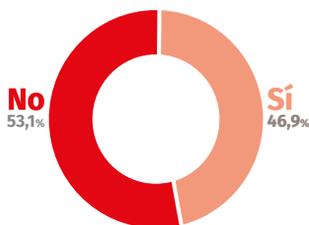
Gráfico 15. Tamaño del hogar



Salud del entrevistado/a

De la muestra seleccionada para esta investigación se obtiene un dato de salud que revela que la mitad de la población mayor gallega, el 53,1 %, está afectada por una enfermedad temporal o una patología crónica en el momento de realizar la encuesta, frente a un 46,9% que se considera, de manera siempre subjetiva, sana.

Gráfico 16. ¿En la actualidad usted está enfermo/a, bien sea de una enfermedad crónica o temporal?



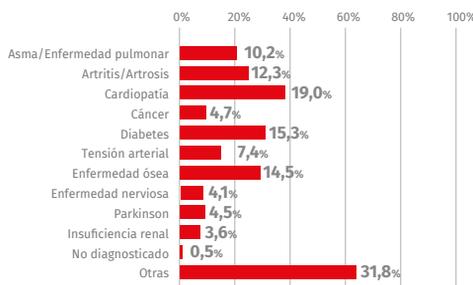
Entre las afectaciones que padecen los entrevistados/as la mayoría son patologías que tienen carácter crónico y que pueden, por lo tanto, condicionar en mayor o menor medida su actividad diaria, y con ello su calidad de vida.

Los datos aportados por la Cátedra de Cronicidad de la Universidad de Santiago de Compostela (USC), bajo la dirección del profesor de Medicina de la USC Antonio Pose, indican que la cifra de entrevistados/as con patologías crónicas no es muy elevada en esta muestra, ya que tan solo la hipertensión arterial afecta ya a más del 50% de las personas de más de 65 años.

Una de las posibles razones que explican esa diferencia porcentual con respecto a la muestra seleccionada es que el control con medicación de esa patología puede derivar en no autoetiquetarse como hipertenso/a.

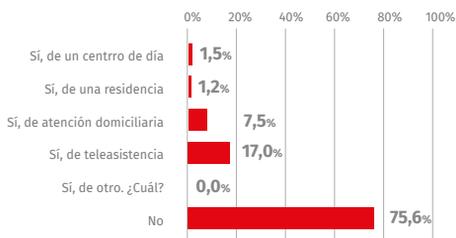
Con respecto al porcentaje de entrevistados/as que se señalan la opción «otras», hay que destacar que se trata de una combinación de enfermedades puntuales no cronificadas, con síntomas concretos de patologías sin diagnosticar o procesos posoperatorios en recuperación, tan heterogéneos y dispares que resulta difícil abordar su codificación y categorización.

Gráfico 17. Si tiene algún problema con su salud, ¿que piensa que es?



Del total de entrevistados/as, un 27,4% ha sido usuario/a de un recurso asistencial durante los meses previos a la realización de la encuesta, un dato que permite contar en esta investigación con la opinión de personas mayores con necesidades, y por lo tanto dificultades sobrevenidas a las propias, generadas por el confinamiento, el aislamiento social y las diferentes medidas adoptadas desde las administraciones públicas para preservar la salud comunitaria.

Gráfico 18. ¿Es usted usuario/a, o lo ha sido, en los últimos meses de algún recurso asistencial?

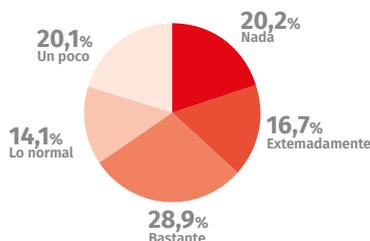


Entre los usuarios/as de dichos recursos, la opinión sobre la contribución de ese recurso asistencial en la mejoría de su calidad de vida está muy polarizada. Se ha detectado durante la realización de la encuesta que los entrevistados/as que no han tenido que hacer uso del recurso asistencial, aún disponiendo de él, han valorado como «un poco» o «nada» la contribución del mismo a su calidad de vida, no por déficit de funcionamiento, sino por no haber necesitado recurrir a él.

Es importante recordar que el gobierno de la Xunta de Galicia decretó el cierre de los centros de día en la comunidad durante los primeros meses de la pandemia, tanto los de titularidad pública como los de titularidad privada, limitando así parte de uso de recursos asistenciales. Tras su reapertura, las restricciones y el protocolo

de actuación para protegerse frente a la COVID-19 han condicionado el desarrollo de una actividad normal en ellos, así como la necesidad de recuperar la confianza en la seguridad de uso y disfrute de espacios compartidos con otras personas.

Gráfico 19. ¿Diría que esa prestación ha contribuido a mejorar su calidad de vida durante la pandemia?

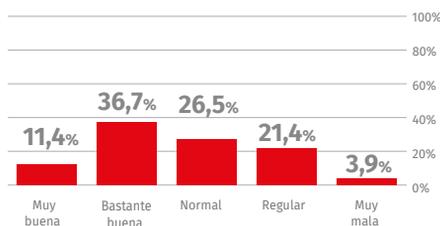


Percepción de la calidad de vida y la salud

La percepción que los entrevistados/as tienen con respecto a su calidad de vida es considerablemente buena teniendo en cuenta el contexto de pandemia en el que se encuentran, así como las medidas de aislamiento social y restricción de la movilidad que les afectan a su día a día.

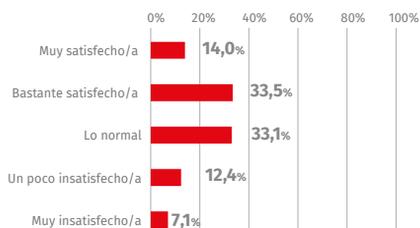
Para un 48,1% del total de entrevistados/as su calidad de vida es «muy buena» o «buena», porcentaje que asciende a casi 7 de 10 cuando se tiene también en cuenta a quienes están conformes con su calidad de vida en el momento de la investigación, calificándola de «normal».

Gráfico 20. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?



Algo similar se observa en relación al estado de salud, ya que 8 de cada 10 personas entrevistadas no señalan descontento con la situación en la que se encuentran, un dato positivo en un momento de crisis sanitaria en el que la atención sociosanitaria ha visto mermada su capacidad de cobertura y los pacientes su disposición a acudir a centros sanitarios con la misma confianza y asiduidad que antes de la pandemia.

Gráfico 21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?



Dimensiones de su calidad de vida

La calidad de vida, entendida como «la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones» (WHOQOL Group, 1995) e incorporada en el WHOQOL-BREF, está compuesta por 4 dimensiones de análisis.

En esta investigación se diferencian cada una de ellas para ver cómo se han podido ver afectadas por la pandemia y qué percepciones globales tienen los entrevistados/as de cada una de ellas:

- Dimensión física.
- Dimensión psicológica.
- Dimensión relaciones sociales.
- Dimensión ambiental.

La medición de los ítems que componen cada una de las 4 dimensiones de calidad de vida se ha realizado empleando respuestas de la escala de Likert, escala que debe su nombre al psicólogo Rensis Likert, y que permite conocer el grado en la evaluación de las percepciones u opiniones de las personas entrevistadas desde un extremo negativo a uno positivo, incluyendo posiciones neutrales.

Las escalas de respuesta de los ítems se semejan al esquema de dos opciones positivas de valoración («muy buena» y «buena», por ejemplo), una neutral («normal») y dos negativas («mala» y «muy mala»). Casi 3 de cada 10 entrevistados/as han optado por posiciones intermedias, en buena parte de los ítems, y dicha percepción neutra tiene una difícil lectura e interpretación, se ha optado por conversión de las

categorías graduales de respuestas a una escala numérica de 1 a 5, favoreciendo así la interpretación de los resultados mediante el análisis de las medias de valoración. A continuación se detallan los resultados obtenidos en la medición de las 4 dimensiones que conforman la calidad de vida en esta investigación.

La **dimensión física de la calidad de vida** la componen ítems relacionados con la existencia de dolor limitante, la dependencia de medicamentos, la energía de la persona, la movilidad, el sueño, la habilidad para desarrollar actividades diarias y la capacidad de trabajo. Teniendo en cuenta la naturaleza de los ítems incluidos, denominar a esta dimensión como «física-funcional» quizás hubiese sido más preciso. No obstante, en este trabajo se emplea la nomenclatura utilizada por el WHOQOL Group en la formulación original del cuestionario WHOQOL-BREF.

Los datos del Gráfico 22 muestran la valoración de los diferentes ítems de la dimensión física, donde la movilidad y la energía son los aspectos con mejor puntuación media, 3,57 y 3,37 sobre 5, respectivamente. A esto hay que añadir el dato positivo de que el dolor limitante y la necesidad de medicamentos son los ítems que menos puntuación obtienen, 2,38 y 3,02 sobre 5, respectivamente.

El grado de autonomía personal va en declive con el paso de los años, haciendo que aflore la necesidad de ayuda para el desempeño de las actividades diarias, tanto en el propio hogar como en algún recurso asistencial (centro de día, residencias, etc.). Según esta investigación, no parece que haya aspectos en la dimensión física que estén condicionando la resistencia de las personas mayores.

Gráfico 22. Valoración de los ítems de la dimensión física



***Base muestral 411 entrevistados/as. Escala de Likert (1 «muy mal» a 5 «muy bien»).

En el caso de la **dimensión psicológica de la calidad de vida** está formada por ítems que afectan a la capacidad de disfrutar de la vida, al sentido de la misma, a la concentración, a la satisfacción con la apariencia física, la satisfacción consigo mismo/a o la existencia de sentimientos negativos entre los entrevistados/as.

En la dimensión psicológica las valoraciones son, en comparación con la dimensión física, ligeramente más elevadas en todos los ítems analizados. Destaca la valoración media que alcanza la percepción de que la vida tiene sentido, 3,84 sobre 5, en un momento en el que se han limitado tanto las posibilidades de relacionarse o realizar actividades que produzcan satisfacción y bienestar en el día a día.

A esta lectura se suma la baja valoración media que obtiene la frecuencia de sentimientos negativos, 2,37 sobre 5, mostrando la capacidad de resiliencia de las personas mayores para hacer frente a la pandemia y mantenerse con actitud positiva en un escenario preocupante e incierto.

Gráfico 23. Valoración de los ítems de la dimensión psicológica

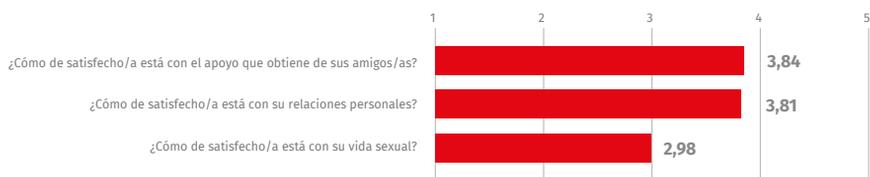


Con respecto a la **dimensión de relaciones sociales de la calidad de vida** la integran ítems sobre las relaciones personales, las relaciones sexuales y el apoyo que reciben por parte de una tercera persona, como es el caso de su entorno familiar y de sus amistades las personas que participan en la investigación.

Destaca la elevada satisfacción de los entrevistados/as con respecto al apoyo de sus amistades y a las relaciones sociales, 3,84 y 3,81 sobre 5, respectivamente. En relación a la necesidad de ayuda de una tercera persona en su desempeño ocupacional, es clave el papel de las personas cuidadoras no profesionales (generalmente entorno familiar cercano) o personas cuidadoras profesionales.

No ocurre lo mismo con la puntuación media de la satisfacción con las relaciones sexuales, siendo este aspecto íntimo el que peor cualificación media obtiene en esta dimensión y en el que hay un mayor porcentaje de no respuesta.

Gráfico 24. Valoración de los ítems de la dimensión relaciones sociales



Por último, la **dimensión ambiental de la calidad de vida** es la que engloba ítems en cuestiones de seguridad, ambiente físico, recursos económicos, disponibilidad de información, posibilidad de realizar actividades de ocio, condiciones del hogar, acceso a los servicios sanitarios y a servicios de transporte próximos.

De todos los ítems analizados en las cuatro dimensiones definidas para medir la calidad de vida de las personas mayores en este estudio, el que alcanza una puntuación más elevada es el referido a las condiciones del hogar, con una valoración media de 4,07 sobre 5.

El espacio, protagonista por la imposibilidad durante meses de salir al exterior con normalidad y libertad, representa una especie de «fortaleza» en la que las personas mayores parecen haberse sentido a gusto, sumado a la notable puntuación que obtienen otras cuestiones relacionadas como el ambiente físico de su alrededor, con 3,64 en una escala de 1 a 5.

Uno de los aspectos con los que el contenido es menor es el de las oportunidades de realizar actividades de ocio, con valoración de 2,52 sobre 5. La pandemia trajo consigo importantes limitaciones en las actividades grupales, tanto en espacios abiertos como cerrados, y las personas mayores han sido además uno de los colectivos a los que se ha recomendado proteger especialmente, por lo que las posibilidades de compartir, relacionarse y disfrutar, tanto de actividades para público general como para colectivos concretos han sido ínfimas, y de ahí las percepciones que arroja esta investigación en relación a este ítem.

Gráfico 25. Valoración de los ítems de la dimensión ambiental



Impacto de la COVID-19

La pandemia en general y el confinamiento domiciliario en particular trajeron consigo drásticos cambios en las relaciones interpersonales e intergeneracionales, en la movilidad de las personas, y pusieron a las personas mayores en el centro de la información, por su nivel de afectación y vulnerabilidad en esta crisis sanitaria.

A las variables propias del cuestionario WHOQOL-BREF se han añadido otras cuestiones concretas que permitiesen conocer la valoración de la población de 65 años y más en la situación de pandemia: las percepciones sobre el trato recibido por su entorno social, al apoyo con el que cuentan, la valoración de las medidas de confinamiento para su colectivo y su imagen en los medios de comunicación.

Los datos recopilados indican que el trato recibido por parte del entorno cercano, junto con las amistades y familiares con quien contar para sobrellevar la pandemia, son aspectos muy bien valorados, 4,16 y 4,12 respectivamente. Se refuerza la importancia que adquiere la dimensión de relaciones personales en la calidad de vida y en la superación de la crisis sanitaria, y se apuntala la idea de que el intercambio interpersonal ha resultado imprescindible para las personas mayores.

En la parte contraria de la balanza está la imagen de las personas mayores en los medios de comunicación, con una puntuación media de 2,45, y las medidas aprobadas para personas mayores durante el confinamiento con un 2,93.

Gráfico 26. Valoración del impacto de la COVID-19



Base muestral 411 entrevistados/as. Escala de Likert (1 «muy mal» a 5 «muy bien»)

Las personas mayores no suelen sentirse cómodas bajo esa etiqueta que aglutina y homogeneiza sus capacidades y posibilidades, más en circunstancias como las de la pandemia, donde una imagen de vulnerabilidad y riesgo ante la COVID-19 ha justificado un tratamiento próximo al paternalismo y a la sobreprotección que ha afectado a los derechos de la población en general, y al de las personas de edades más avanzadas en particular.

38

2.2. Diferencias en las percepciones de las personas mayores

En este apartado se analiza la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las percepciones que las personas mayores tienen en función de sus características personales. Más concretamente y haciendo una labor de síntesis, se presenta el análisis en relación con la satisfacción de las personas con su estado de salud, la valoración global de su calidad de vida, así como, sus percepciones en relación con las cuatro dimensiones de la CdV analizadas. También se analiza la existencia de diferencias en relación con el trato recibido y las medidas adoptadas como consecuencia de la pandemia derivada de la COVID-19.

Para llevar a cabo este análisis se utilizaron tablas de contingencia y se realizaron test Chi-cuadrado con el objetivo de testar la influencia en las percepciones de variables como el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios alcanzado por la persona mayor, la profesión desempeñada durante la vida laboral, la provincia de residencia, el tipo de hábitat en el que vive, el tamaño de la familia, ser usuario, o no, de algún recurso asistencial, o el padecer algún tipo de enfermedad.

La edad, el nivel de estudios, la profesión anterior, el estar enfermo, el ser usuario/a de algún recurso asistencial, son las características más recurrentes y con una mayor incidencia en las percepciones de las personas mayores en relación con la salud y la calidad de vida. Por el contrario, variables como la provincia de residencia, el tipo de hábitat o el número de miembros del hogar no se han mostrado relevantes en la generación de percepciones diferenciadas. El número de miembros del hogar marca diferencias en las percepciones relacionadas con el apoyo recibido por parte del entorno más próximo durante la pandemia.

Valoración global de la calidad de vida

En la valoración global de la calidad de vida por parte de las personas mayores, padecer algún tipo de enfermedad, el nivel de estudios y la profesión desempeñada por la persona mayor durante su vida laboral, son las características que llevan a diferencias estadísticas significativas.

El 47% de las personas mayores entrevistadas afirmó estar enfermo, bien sea una enfermedad crónica o temporal. Las personas enfermas valoran de media su calidad de vida con un 3,1 en una escala de Likert de 1 a 5, mientras que las que afirman no estar enfermas la valoran en un 3,5. El 35,5% de las personas mayores enfermas valoran su calidad de vida como «regular» o «muy mala», porcentaje que en el caso de los no enfermos no llega al 16,5%.

El nivel de estudios alcanzado también determina las percepciones sobre la calidad de vida. Por lo general, existe una relación directa entre el nivel de estudios y la valoración de la calidad de vida. El 56,3% de las personas sin estudios califica su calidad de vida como «regular» o «muy mala», mientras que alrededor del 70% de las personas mayores con estudios superiores la califica como «bastante buena» o «muy buena».

Además, cerca del 70% de las personas mayores que habían desempeñado profesiones científicas o intelectuales, o que habían sido directoras o gerentes de empresas, califican su CdV como «bastante buena» o «muy buena», porcentaje que en el caso de las personas mayores que habían sido trabajadores del sector primario y operarios se sitúa en el 35%.

Finalmente, la edad de la persona mayor también condiciona su valoración de la calidad de vida global. Las personas de más edad dentro de las personas mayores (85 y más años) valoran su calidad de vida de media en un 3,5, valor que en el caso de los demás grupos se sitúa en 3,3. Prácticamente el 60% de las personas de 85 y más años valoran su calidad de vida como «bastante buena» o «muy buena». En los demás grupos el porcentaje para estas dos valoraciones no llega al 50%.

Tabla 1. Valoración global de la calidad de vida

	χ^2	Nivel de significación
Grupo de edad	18,913	,015
Nivel de estudios	59,416	,000
Profesión antes de jubilarse	65,762	,006
Estar enfermo/a	22,577	,000

Satisfacción con la salud

Al igual que en la valoración global de la calidad de vida, estar enfermo o no, los diferentes niveles de estudios y el tipo de profesión anterior también influyen de forma significativa en la satisfacción de las personas mayores con su estado de salud.

Como es sabido, el concepto de calidad de vida que se utiliza en este trabajo se basa en las percepciones de las personas. Por lo tanto, la salud objetiva (estar enfermo o no) no tiene por qué coincidir con la salud subjetiva. Aun así, como era de esperar, las personas enfermas están menos satisfechas con su estado de salud que las personas que declaran no estar enfermas. En concreto, las personas enfermas valoran su estado de salud con un 2,9 de media, mientras que las personas no enfermas la valoran con un 3,7 en una escala de 1 a 5. Más del 34% de las personas que están enfermas están «un poco insatisfechas» o «muy insatisfechas» con su estado de salud. Por el contrario el 62% de las personas mayores que declararon no estar enfermas, afirmaron estar «bastante satisfechas» o «muy satisfechas» con su salud.

El nivel de estudios alcanzado por las personas mayores también condiciona la percepción del estado de salud. En este caso la satisfacción con la salud también es directamente proporcional al nivel estudios. A mayor nivel de estudios, mayor satisfacción con el estado de salud. Mientras que cerca del 30% de las personas mayores sin estudios o con estudios primarios incompletos afirman estar «un poco insatisfechos» o «muy insatisfechos» con su salud, este porcentaje se sitúa en el 11% en el caso de personas con estudios universitarios.

La profesión desempeñada por los entrevistados/as durante su vida activa condiciona significativamente la satisfacción con la salud. Mientras que el 67% de quienes habían sido profesionales científicos e intelectuales se declaran como «bastante satisfechos/as» o «muy satisfechos/as» con la salud, tan solo el 23% de quienes habían tenido una ocupación elemental se declaran «bastante satisfechos/as» o «muy satisfechos/as» con su salud.

Tabla 2. Satisfacción con la salud

	χ^2	Nivel de significación
Nivel de estudios	47,199	,013
Profesión antes de jubilarse	58,326	,031
Estar enfermo/a	65,017	,000

Valoración de la calidad de vida (dimensión física)

En la valoración de la dimensión física de la calidad de vida existen diferencias significativas en función de que la persona mayor sea un hombre o una mujer, en función del nivel de estudios, de que la persona mayor esté enferma o no y en función de que sea usuaria de algún recurso asistencial.

Los hombres valoran de media con un 3,5 la dimensión física de la calidad de vida, mientras que la valoración de las mujeres es inferior, situándose de media en un 3,2, en una escala de 1 a 5. Mientras que las personas sin estudios valoran la calidad de vida desde una perspectiva física y funcional con un 2,7 de media, las personas con estudios superiores otorgan a esta dimensión de la calidad de vida una puntuación de 3,8 en una escala de Likert de 1 a 5. Las personas mayores que declararon estar enfermas en el momento de la entrevista valoran esta dimensión de la calidad de vida con un 2,9 de media, mientras que los que dijeron no estarlo lo hacen con un 3,6. Las personas que no utilizan ningún recurso asistencial valoran su calidad de vida desde la perspectiva física con un 3,4. Las valoraciones de las personas que utilizaron algún recurso asistencial fueron inferiores y además, estadísticamente significativas.

Tabla 3. Valoración de la calidad de vida (dim. física)

	χ^2	Nivel de significación
Sexo	54,196	,034
Nivel de estudios	382,821	,000
Estar enfermo/a	98,533	,000
Usuario/a de recurso asistencial	226,336	,000

Valoración de la calidad de vida (dimensión psicológica)

El nivel de estudios, padecer alguna enfermedad y que la persona mayor sea usuaria de algún recurso asistencial implican diferencias significativas en las valoraciones de la calidad de vida entendida desde una dimensión psicológica.

Las personas sin estudios son las que, con un 3,2 sobre 5, otorgan una menor puntuación media a la calidad de vida psicológica. Por el contrario, las personas con estudios superiores valoran esta dimensión de la calidad de vida con un 3,8 de media. Las personas mayores enfermas valoran la dimensión psicológica de la calidad de vida con un 3,3, mientras quienes no declaran enfermedad le otorgan una puntuación de 3,7 sobre 5. Por último, las personas mayores que no tuvieron que recurrir a ningún recurso asistencial, valoran esta dimensión de la calidad de vida con un 3,6 de media. Las puntuaciones son inferiores cuando utilizaron algún recurso asistencial, situándose en un 2,8 de media la valoración realizada por los usuarios de residencias. En cualquier caso, las diferencias son siempre estadísticamente significativas.

Tabla 4. Valoración de la calidad de vida (dim. psicológica)

	χ^2	Nivel de significación
Nivel de estudios	249,833	,014
Estar enfermo/a	48,242	,014
Usuario/a de recurso asistencial	250,437	,000

42

Valoración de la calidad de vida (dimensión relaciones sociales)

La dimensión de la calidad de vida relacionada con las relaciones sociales es la que se ha visto más afectada por la pandemia derivada de la COVID-19. Es también una dimensión que se ve influida por características de las personas mayores más específicas y, algunas, diferentes de las comentadas hasta ahora. Concretamente, el sexo, la edad, el estado civil y el tipo de trabajo (por cuenta propia o por cuenta ajena) desempeñado por las personas mayores son las características que inciden en las diferencias en la percepción de la calidad de vida desde un prisma de relaciones sociales.

Por lo general, las mujeres valoran mejor esta dimensión de la calidad de vida, con una puntuación media de 3,7 sobre 5. En el caso de los hombres la puntuación se sitúa por debajo de 3,6. Las personas de mayor edad parecen sentirse menos afectadas por las restricciones derivadas de la pandemia y son las que otorgan una mayor puntuación a esta dimensión de la calidad de vida, en comparación con las personas de menos edad dentro de las personas mayo-

res. Concretamente, mientras que las personas de 85 y más años puntúan esta dimensión de la calidad de vida con un 3,8 de media, en los demás grupos la puntuación media se sitúa en un 3,6.

El estado civil condiciona las percepciones en relación con esta dimensión. Las personas separadas y divorciadas son las que valoran menos esta dimensión de la calidad de vida con un 3,3 y un 3,4 de media respectivamente. Por el contrario, las personas casadas y las viudas son las que le otorgan una mayor puntuación.

Por último dentro esta dimensión, las personas que tuvieron un trabajo por cuenta propia valoran más la calidad de vida, en su dimensión social, que aquellas que desempeñaron un trabajo por cuenta ajena. Las diferencias son, además, estadísticamente significativas.

Tabla 5. Valoración de la calidad de vida (dim. relaciones sociales)

	χ^2	Nivel de significación
Sexo	28,176	,020
Grupo de edad	53,664	,005
Estado civil	122,854	,000
Tipo de trabajo anterior	28,865	,017

Valoración de la calidad de vida (dimensión ambiental)

Las diferencias en la percepción de la CdV desde una perspectiva ambiental están relacionadas con el nivel de estudios, la profesión de las personas entrevistadas y el padecer, o no, algún tipo de enfermedad. Las personas con menores niveles de estudios valoran peor esta dimensión de la calidad de vida, en comparación con aquellas que poseen una formación superior. En concreto, las personas sin estudios valoran de media con un 3, en una escala de 1 a 5, su calidad de vida, mientras que las personas con estudios superiores le otorgan una puntuación media de 3,8.

La profesión desempeñada por las personas mayores también condiciona de forma significativa las percepciones. Aquellas personas mayores con profesiones que requieren un mayor nivel de cualificación, como por ejemplo las profesiones científicas e intelectuales, valoran su calidad de vida con un 3,7 de media. Por su parte las personas con profesiones relacionadas con el sector primario (agricultores/as y trabajadores/as cualificados/as agropecuarios/as, forestales y pesqueros/as) y ocupaciones elementales, valoran esta dimensión de la calidad de vida con un 3,1 de media en una escala de Likert de 1 a 5.

Tabla 6. Valoración de la calidad de vida (dim. ambiental)

	χ^2	Nivel de significación
Nivel de estudios	606,431	,000
Profesión anterior	714,725	,000
Estar enfermo/a	76,809	,011

Valoraciones relacionadas con el apoyo recibido y con las medidas derivadas de la COVID-19

Como se ha señalado a lo largo del trabajo, la red de apoyo conformada por los familiares y amigos y la solidaridad del entorno cercano, han sido aspectos muy bien valorados por las personas mayores durante la pandemia. Por el contrario, las personas mayores se muestran poco satisfechas con las medidas aprobadas para este colectivo y con la imagen que se ha proyectado sobre ellas en los medios de comunicación.

Comenzando por estos dos últimos aspectos, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las percepciones relacionadas con la imagen proyectada de las personas mayores. El nivel de estudios es la única variable que implica diferencias significativas en las percepciones relacionadas con las medidas aprobadas para las personas mayores durante la pandemia. Las personas con estudios medios son las que con una media de 2,9 sobre 5, están menos satisfechas con estas medidas.

El estado civil condiciona de forma significativa las percepciones relacionadas con el apoyo proporcionado por las amistades o por los familiares durante la pandemia. Aunque en cualquier caso, la satisfacción es alta, las personas divorciadas, separadas y solteras son, por este orden, las que menos satisfechas están con este apoyo. El nivel de estudios también implica diferencias significativas en este caso. Siempre dentro de una satisfacción alta, se produce la paradoja de que los dos extremos (las personas con menos estudios y aquellas con los niveles más elevados) son los que están menos satisfechos con el apoyo de familiares y amistades. Por el contrario, los diplomados universitarios y las personas con estudios secundarios, están más satisfechas con este apoyo.

En las percepciones relacionadas con el trato recibido por parte de su entorno social más cercano (vecindario, centro de salud, comercio de proximidad, etc.) influyen ya un número más elevado de variables. En primer lugar, parece que las personas mayores que más apoyo precisan debido a su estado civil, separadas, solteras y viudas, son también las que más satisfechas están con la red de apoyo durante la pandemia. Este dato se corrobora al analizar la influencia del número de miembros del hogar en estas percepciones. En este caso, las personas que viven solas son las que más satisfechas están con el apoyo recibido por parte del entorno social más cercano. Del mismo modo, las personas que eran usuarias, o lo habían sido en los

últimos meses, de algún recurso asistencial también están más satisfechas de media con el apoyo recibido por parte del entorno social más cercano, en comparación con las que no habían tenido que recurrir a estos recursos. Además de estos, han influido de forma significativa el nivel de estudios y la profesión desempeñada por la persona mayor. En la tabla se recogen con más detalle estos resultados.

Tabla 7. Satisfacción con el apoyo y las medidas durante la pandemia

	χ^2	Nivel de significación
Satisfacción con las amistades		
Estado civil	42,995	,014
Nivel de estudios	52,956	,026
Satisfacción con el entorno próximo		
Estado civil	56,053	,000
Nivel de estudios	57,574	,009
Número de miembros del hogar	109,012	,000
Profesión	108,374	,000
Usuario/a de recurso asistencial	38,868	,007
Satisfacción con las medidas adoptadas		
Nivel de estudios	52,956	,026

2.3. Análisis estructural de la calidad de vida

En este apartado analizaremos la validez y la consistencia del cuestionario que ha servido de base a este trabajo y las relaciones entre las cuatro dimensiones de la CdV utilizadas. Para ello, se utilizará el análisis factorial confirmatorio empleando un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) con AMOS.

El WHOQOL-BREF es un instrumento ampliamente utilizado en estudios realizados en diferentes países y entre diferentes colectivos de personas. Los resultados de muchos de estos trabajos muestran resultados positivos de las propiedades psicométricas del cuestionario (Saxena et al., 2001; Espinoza et al., 2011; Pedrero-Pérez, 2018). Existen sin embargo un conjunto de trabajos en los que se evidencian algunos problemas psicométricos y que sugieren ajustes en el modelo original de cuatro dimensiones (Fleck et al., 2000; Arias, Ospina-Franco y Eljadue-Alzamora, 2015; Huerta, Romo y Tayabas, 2017).

Teniendo en cuenta estos antecedentes, el objetivo de este apartado es analizar la fiabilidad y la validez estructural de este instrumento utilizado para evaluar la calidad de vida de las personas mayores en Galicia.

Se debe comentar que antes de la realización de las entrevistas el equipo de investigación revisó las diferentes definiciones sobre CdV y los aspectos involucrados en su medición entre las personas mayores. Una vez elegida la definición proporcionada por la OMS (WHOWOL Group, 1995) y el cuestionario WHOQOL-BREF, se revisó la redacción de las preguntas y si estas eran comprensibles por parte del colectivo al que iban destinadas. A las personas mayores se les preguntó por el idioma en el que preferían contestar a las preguntas.

Lo primero que debemos señalar es la elevada fiabilidad del instrumento de medida, habiéndose obtenido un alpha de Cronbach de 0,88 para el cuestionario total. La dimensión con un menor nivel de fiabilidad es la de las relaciones sociales, con un alpha de Cronbach de 0,6. Esta dimensión presenta algunas características específicas que, aún con esa menor fiabilidad nos lleven a mantenerla. En primer lugar, es la dimensión con un menor número de ítems, en segundo lugar, incluye aspectos muy condicionados por la pandemia derivada de la COVID-19. Por último, incluye percepciones relacionadas con la vida sexual, un aspecto que en cierta medida incomoda a las personas de más edad y hacen que el grado de respuesta sea menor. Estos problemas ya habían sido apuntados en trabajos anteriores (Skevington et al., 2004; Power, Quinn y Schmidt, 2005; Kalfoss, Low y Molzahn, 2008; Espinoza et al., 2011).

Tabla 8. Análisis de fiabilidad del WHOQOL-BREF

Dimensión	Ítems	Alpha de Cronbach (n=411)
Física	7	0,8
Psicológica	6	0,7
Relaciones sociales	3	0,6
Ambiental	8	0,7
Total	27	0,9

Respecto a la evaluación del coeficiente de homogeneidad corregido, se ha obtenido que ninguna correlación es negativa y destaca, dentro de la dimensión física la movilidad, entendida como la capacidad de la persona mayor de desplazarse de un lugar a otro. Igualmente, y dentro de esta misma dimensión, destacan la satisfacción de las personas mayores con su capacidad de trabajo y la energía que tienen para la vida diaria.

Dentro de la dimensión psicológica los mayores coeficientes de homogeneidad corregidos corresponden a la pregunta «¿hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?» y a la pregunta «¿cómo de satisfecho/a está de sí mismo/a?»

Los menores coeficientes de homogeneidad corregida se corresponden con la habilidad para realizar actividades de la vida diaria, la actividad sexual y la ausencia de sentimientos negativos. También aparecen correlaciones bajas para la capacidad de concentración y en aspectos relacionados con la dimensión ambiental, tales como las oportunidades de ocio, los servicios de transporte o los recursos económicos.

Tabla 9. Consistencia interna y correlación ítem-test

Ítems	Correlación elemento- total corregida	Alpha de Cronbach si se elimina un elemento
<i>Dimensión física</i>		
Dolor limitante***	,45	,76
Dependencia de las medicinas***	,47	,75
Energía	,57	,73
Sueño	,49	,75
Actividad diaria	,24	,79
Capacidad de trabajo	,65	,72
Movilidad	,67	,71
<i>Dimensión psicológica</i>		
Sentido de la vida	,56	,62
Disfrute de la vida	,48	,65
Apariencia física	,44	,66
Autoestima	,52	,64
Concentración	,33	,69
Sentimientos negativos***	,28	,71
<i>Dimensión relaciones sociales</i>		
Relaciones personales	,42	,33
Apoyo de amigos/as	,36	,41
Vida sexual	,28	,56
<i>Dimensión ambiental</i>		
Seguridad	,43	,64
Ambiente físico saludable	,37	,65
Dinero	,32	,66
Disponibilidad de información	,44	,64
Oportunidades de ocio	,33	,67
Condiciones del lugar	,43	,64
Acceso servicios sanitarios	,36	,65
Servicios de transporte	,33	,66
*** Estas variables han sido cambiadas al tipo «cuanto más mejor»		

Se ha contrastado, a través del análisis factorial confirmatorio, el modelo que parte del análisis de la calidad de vida en cuatro dimensiones: dimensión física, dimensión psicológica, relaciones sociales y dimensión ambiental.

El análisis de ecuaciones estructurales realizado empleando el AMOS (versión 20), demuestra que estas cuatro dimensiones se correlacionan entre sí y determinan la evaluación general del constructo calidad de vida.

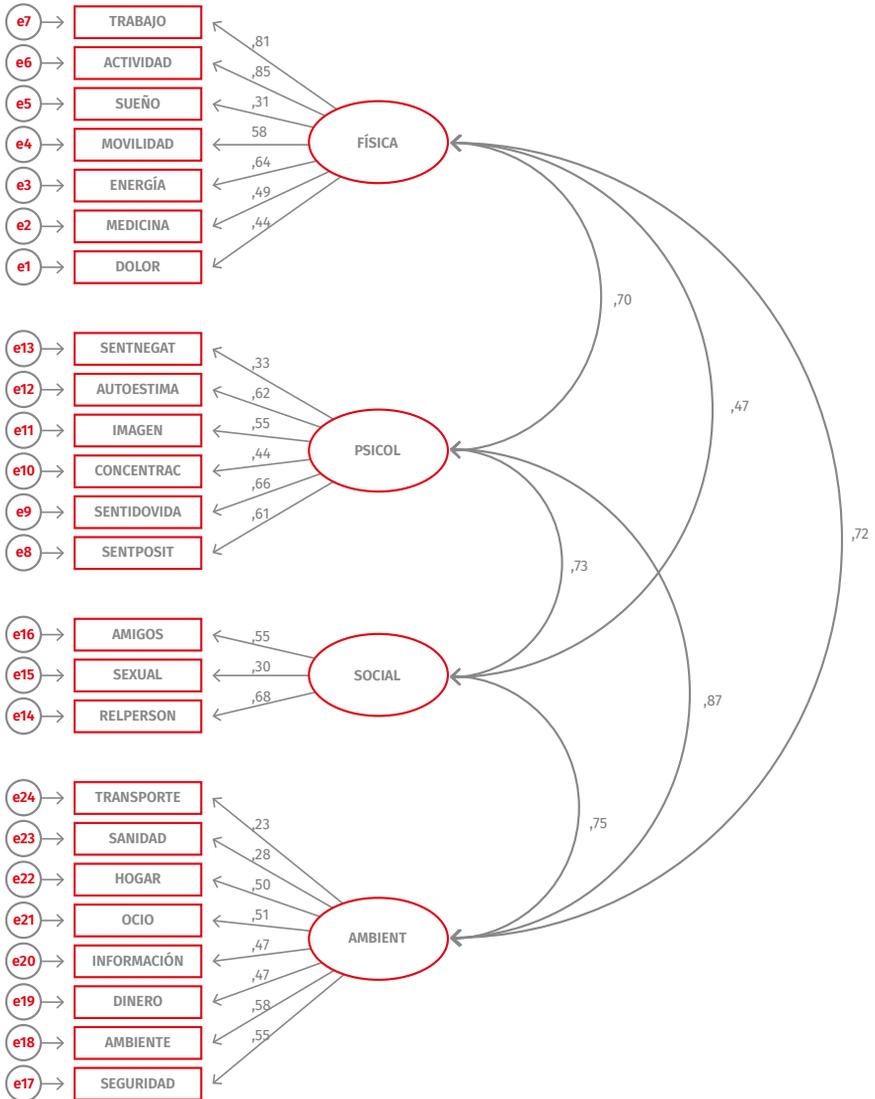
La normalidad se comprobó con SPSS y AMOS. El sesgo resultó <3 y la curtosis <10 , lo que sugiere una distribución normal de las variables observadas (Hair et al. 2010). Los resultados de la bondad del ajuste indican que el χ^2 es 461,87 con 243 grados de libertad (d.f.) ($p < 0,01$) y por tanto, estadísticamente insignificante. El χ^2 /d.f. es de 1,9 (461,87/ 243), situándose por debajo de 3, lo que indica un ajuste aceptable (Kline, 1998). Otros indicadores de bondad de ajuste son GFI = 0,91, AGFI = 0,89, NFI = 0,83, CFI = 0,91, RMSEA = 0,04.

Un elemento a tener en cuenta de cara a futuros trabajos y que podrían llevar a replantear algunos de los ítems es que algunas de las saturaciones factoriales se sitúan por debajo de 0,5. Podemos señalar por ejemplo, dentro de la dimensión ambiental la satisfacción con los servicios de transporte y con el acceso a los servicios sanitarios. Dentro de la dimensión de las relaciones sociales la actividad sexual. Dentro de la dimensión física la satisfacción con el sueño. Por último, dentro de la dimensión psicológica los sentimientos negativos y la capacidad de concentración.

En el lado opuesto, destaca la valoración que las personas entrevistadas hacen de la energía que disponen para la vida diaria, dentro de la dimensión física, con una saturación de 0,71 lo que indica que este ítem explica la mayor proporción de la varianza. De igual forma, la satisfacción con las relaciones personales, con un valor de 0,69 explicaría la mayor proporción de varianza dentro de la dimensión social. En la dimensión psicológica sería la autoestima (satisfacción con uno mismo) con una saturación de 0,62 la que tiene un mayor peso. Por último, dentro de la dimensión ambiental, las condiciones del lugar en el que viven las personas mayores con un valor de 0,58 explicaría la mayor proporción de la varianza.

En el gráfico siguiente se recogen en detalle las relaciones estructurales. En el mismo se indican además, las correlaciones entre las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Se comprueba que las cuatro dimensiones de la calidad de vida están correlacionadas. Las correlaciones más elevadas se producen entre la dimensión ambiental y la psicológica. Afinando un poco más, se podría decir que la dimensión ambiental es la que presenta unas mayores correlaciones con las otras tres dimensiones. Por el contrario, la menor correlación es la que tiene lugar entre la dimensión social y la dimensión física.

Figura 1. Relaciones estructurales del WHOQOL-BREF. Personas mayores, Galicia



2.4. Perfiles de calidad de vida. Un análisis de segmentación

El análisis de fiabilidad efectuado ha revelado la existencia de una elevada consistencia interna en las cuatro dimensiones de la calidad de vida (alfa de Cronbach de 0,9 para el conjunto de ítems y superior a 0,7, excepto en la dimensión social).

Las puntuaciones medias de los ítems que conforman cada una de estas dimensiones, se han usado como inputs en el análisis clúster. Se ha llevado a cabo un análisis clúster jerárquico con el objetivo de identificar grupos de personas mayores homogéneos y basados en las percepciones en relación con su calidad de vida. A partir del proceso de iteración y del análisis del dendograma se han identificado 4 grupos de mayores.

Los cuatro clúster tienen un tamaño similar, incluyendo el clúster 1 y el clúster 2 alrededor del 20% de los casos cada uno, mientras que el segundo concentra el 24% y el tercero el 34%. Los grupos se han comparado en función de las respuestas a las preguntas relacionadas con la calidad de vida y del perfil sociodemográfico. Las comparaciones se han llevado a cabo, utilizando análisis ANOVA y test χ^2 (en este caso para las variables cualitativas).

Los clúster se han nombrado de acuerdo con las respuestas a las preguntas relacionadas con los diferentes ítems de la calidad de vida. El clúster 1, estaría conformado por las personas mayores con una percepción más negativa de su calidad de vida en las diferentes dimensiones. Se ha denominado a este grupo «vulnerables». Por el contrario, el clúster 4 lo integran las personas mayores que se muestran altamente satisfechas con los distintos aspectos de sus vidas, aún en un contexto de pandemia. Por ello, se ha denominado a este grupo «resilientes».

En un nivel intermedio entre estos dos grupos se sitúan el clúster 2 y el 3, con valoraciones de la calidad de vida superiores a las del grupo 1 e inferiores a las del grupo 4. Las personas mayores incluidas en el clúster 2 manifiestan, por lo general, valoraciones superiores a las del clúster 3 en la dimensión ambiental, psicológica y sobre todo, en las relaciones sociales. Se ha denominado a este grupo como «sociables». Por el contrario, las personas mayores del grupo 3 ofrecen, por lo general, valoraciones superiores en la dimensión física y más concretamente, manifiestan, en comparación con los del grupo 2, una independencia de las medicinas mucho superior. Se he nombrado a este grupo como «autónomos».

Tabla 10. Caracterización de los clúster. Análisis ANOVA.

	Vulnerables (N=89)	Sociables (N=100)	Autónomos (N=141)	Resilientes (N=81)	Anova p
<i>Valoración global de la calidad de vida</i>	2,5	3,4	3,4	4,0	0,000
<i>Satisfacción con el estado de salud</i>	2,4	3,5	3,4	4,1	0,000
<i>Dimensión física</i>					
Dolor limitante***	2,5	3,7	3,8	4,4	0,000
Dependencia de las medicinas***	1,8	2,7	3,4	3,9	0,000
Energía	2,3	3,4	3,5	4,3	0,000
Sueño	2,5	3,3	3,0	4,0	0,000
Actividad diaria	2,1	3,4	3,3	4,2	0,000
Capacidad de trabajo	2,0	3,2	3,2	4,0	0,000
Movilidad	2,3	3,7	3,7	4,6	0,000
<i>Dimensión psicológica</i>					
Sentido de la vida	2,7	4,1	3,9	4,7	0,000
Disfrute de la vida	1,9	3,1	3,0	4,1	0,000
Apariencia física	2,7	4,0	3,5	4,4	0,000
Autoestima	2,8	3,8	3,4	4,4	0,000
Concentración	2,7	3,6	3,4	3,8	0,000
Sentimientos negativos***	3,0	3,8	3,8	4,1	0,000
<i>Relaciones sociales</i>					
Relaciones personales	3,2	4,3	3,4	4,5	0,000
Apoyo de amigos/as	3,2	4,4	3,4	4,6	0,000
Vida sexual	2,3	3,5	2,8	3,6	0,000
<i>Dimensión ambiental</i>					
Seguridad	2,5	3,3	3,3	4,1	0,000
Ambiente físico saludable	2,9	3,9	3,5	4,3	0,000
Dinero	2,4	3,2	3,0	3,8	0,000
Disponibilidad de información	2,9	3,7	3,4	4,3	0,000
Oportunidades de ocio	1,7	2,5	2,4	3,8	0,000
Condiciones del lugar	3,6	4,3	3,9	4,7	0,000
Acceso servicios sanitarios	3,1	3,7	3,2	4,2	0,000
Servicios de transporte	2,9	3,5	3,0	3,9	0,000
<i>Apoyo y medidas durante la pandemia</i>					
Amistades y familiares	3,8	4,4	3,8	4,6	0,000
Entorno social más cercano	4,0	4,3	3,9	4,6	0,000
Medidas aprobadas	2,6	3,2	2,8	3,2	0,006
Imagen de las personas mayores	2,2	2,8	2,4	2,4	0,021

*** Estas variables han sido cambiadas al tipo «cuanto más mejor»

No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos en cuanto al sexo, la edad, la situación laboral, el trabajo anterior, la provincia, el entorno residencial o el tamaño del hogar. Sí se han encontrado, por el contrario, diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estado civil, al nivel de estudios, a la profesión, al estar enfermo, o no y, en cuanto a que la persona mayor sea usuaria, o no, de un recurso asistencial. Los resultados de esta comparación, junto con los test Anova, permiten caracterizar con un poco más de detalle a estos cuatro grupos.

Clúster 1 («vulnerables»): en comparación con las de los otros grupos, las personas mayores incluidas en este grupo valoran menos su calidad de vida global y las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Estos mayores son los que menos satisfechos están también con su estado de salud. Se trata mayoritariamente de un grupo conformado por mujeres, de entre 75 y 84 años, generalmente viudas, que viven solas y con algún tipo de enfermedad. En comparación con los demás, este grupo destaca por un mayor porcentaje de personas divorciadas, sin estudios, que no ha participado activamente en el mercado laboral y en el caso de haberlo hecho, lo hicieron en mayor proporción en ocupaciones elementales. Las personas de este grupo recurren en mayor medida a los recursos asistenciales.

Clúster 2 («sociables»): este grupo se caracteriza por unas valoraciones de la calidad de vida y una satisfacción con el estado de salud intermedias, en comparación con los grupos 1 y 4. Las personas mayores de este grupo, presentan por lo general, unos niveles de satisfacción elevados y mayores que los de los grupos 3 y 1, en los ítems relacionados con la dimensión de las relaciones sociales. En este grupo las valoraciones de los ítems de la dimensión psicológica también son mayores que en el grupo 3. En el clúster 2 es donde tienen un mayor peso las personas de más edad, las que viven en el rural, con estudios primarios, que han trabajado por cuenta propia y en profesiones relacionadas con el sector primario, los servicios y el comercio y oficiales, operarios y artesanos. Después de los integrantes del grupo 4, las personas mayores de este grupo son las que mejor valoran el apoyo de familiares y amistades y del entorno social más próximo durante la pandemia.

Clúster 3 («autónomos»): al igual que en el grupo 2, las personas de este grupo manifiestan unas valoraciones de su calidad de vida y unos niveles de satisfacción con su salud, intermedios. En comparación con el grupo 2, las personas de este grupo revelan una menor dependencia de las medicinas. Se trata de un grupo que destaca, en comparación con los otros, por el elevado predominio de personas de menor edad, solteras, con estudios de EGB de segunda etapa y que han trabajado por cuenta ajena como personal de apoyo administrativo. Este grupo también destaca por el mayor porcentaje de hogares formados por más de tres personas y por no tener que recurrir a ningún recurso asistencial.

Clúster 4 («resilientes»): las personas integrantes de este grupo son las que otorgan unas puntuaciones más elevadas a los diferentes ítems de la calidad de vida,

los que valoran más la calidad de vida global y los que más satisfechos están con su estado de salud. En comparación con los demás grupos, este destaca por el elevado porcentaje de hombres, personas casadas, con estudios superiores y que han ejercido como profesionales científicos e intelectuales, o como técnicos de nivel medio. Se trata, mayoritariamente y en mayor proporción que en otros grupos, de personas que declaran no estar enfermas y que no son usuarias de ningún recurso asistencial.

Tabla 11. Caracterización de los clúster. Test Chi-cuadrado (χ^2).

	Vulnerables %	Sociables %	Autónomos %	Resilientes %	Total		Test χ^2 p
					N	%	
<i>Sexo</i>							
Hombre	34,8	36,0	46,8	49,4	173	42,1	0,09
Mujer	65,2	64,0	53,2	50,6	238	57,9	
<i>Edad</i>							
65-74 años	43,8	40,0	53,9	48,1	194	47,2	0,42
75-84 años	38,2	37,0	30,5	30,9	139	33,8	
85-100 años	18,0	23,0	15,6	21,0	78	19,0	
<i>Estado civil</i>							
Soltero/a	5,6	14,0	16,3	7,4	48	11,7	0,03
Separado/a	4,5	1,0	4,3	4,9	15	3,6	
Casado/a	32,6	38,0	48,2	51,9	177	43,1	
Divorciado/a	5,6	4,0	3,5	1,2	15	3,6	
Viudo/a	50,6	42,0	27,0	34,6	152	37,2	
Nc	1,1	1,0	0,7	0,0	3	0,7	
<i>Nivel de estudios</i>							
Sin estudios	9,0	3,0	2,1	2,5	16	3,9	0,00
Primarios	23,6	26,0	17,0	19,8	87	21,2	
EGB 1º	15,7	11,0	12,1	12,3	52	12,7	
EGB 2º/ Graduado	27,0	29,0	34,0	9,9	109	26,5	
BUP/ COU/ FP/ Bach. Sup.	11,2	16,0	17,0	18,5	65	15,8	
Escuela Univ./ Ingen. Técn	9,0	14,0	13,5	32,1	67	16,3	
Facultad/ ETS/ Doctorado	1,1	1,0	3,5	4,9	11	2,7	
Nc	3,4	0,0	0,7	0,0	4	1,0	

	Vulnerables %	Sociables %	Autónomos %	Resilientes %	Total		Test χ^2 p
					N	%	
<i>Situación laboral</i>							
Trabajando	0,0	1,0	1,4	1,2	4	1,0	0,41
Retirado/a o pensionista	78,7	83,0	87,2	91,4	350	85,2	
Pens. (no ha trabajado)	5,6	5,0	4,3	0,0	16	3,9	
Trabajo doméstico	13,5	8,0	4,3	4,9	30	7,3	
Otra situación	2,2	3,0	2,1	2,5	10	2,4	
Nc	0,0	0,0	0,7	0,0	1	0,2	
<i>Trabajo anterior</i>							
Por cuenta propia	28,6	32,1	20,0	21,3	88	24,9	0,17
Por cuenta ajena	71,4	67,9	80,0	78,7	266	75,1	
<i>Profesión</i>							
Directores/as y gerentes	4,3	3,6	3,2	6,7	15	4,2	0,01
Profes. cient. e intelect.	2,9	7,1	9,6	17,3	33	9,3	
Técnicos/as nivel medio	4,3	6,0	8,8	17,3	32	9,0	
Personal de apoyo advo.	7,1	6,0	13,6	10,7	35	9,9	
Servicios y comercio	12,9	17,9	10,4	17,3	50	14,1	
Sector primario	15,7	16,7	8,8	2,7	38	10,7	
Oficiales, oper., artesanos	25,7	29,8	23,2	18,7	86	24,3	
Operad. de inst. y máq.	4,3	2,4	4,8	5,3	15	4,2	
Ocupaciones elementales	18,6	9,5	12,8	2,7	39	11,0	
Militares y policía	2,9	1,2	4,0	1,3	9	2,5	
Nc	1,4	0,0	0,8	0,0	2	0,6	
<i>Provincia</i>							
A Coruña	50,6	41,0	41,1	28,4	167	40,6	0,18
Lugo	15,7	15,0	12,1	16,0	59	14,4	
Ourense	7,9	17,0	13,5	18,5	58	14,1	
Pontevedra	25,8	27,0	33,3	37,0	127	30,9	
<i>Entorno</i>							
Urbano	39,3	29,0	33,3	43,2	146	35,5	0,36
Intermedio	34,8	36,0	36,9	35,8	148	36,0	
Rural	25,8	35,0	29,8	21,0	117	28,5	

	Vulnerables %	Sociables %	Autónomos %	Resilientes %	Total		Test χ^2 p
					N	%	
<i>Tamaño del hogar</i>							
Una persona	39,3	34,0	31,2	29,6	137	33,3	0,19
Dos personas	36,0	44,0	42,6	53,1	179	43,6	
Tres personas	19,1	15,0	13,5	7,4	57	13,9	
Más de tres personas	5,6	7,0	12,8	9,9	38	9,2	
<i>Está enfermo</i>							
Sí	73,0	54,0	37,6	25,9	193	47,0	0,00
No	27,0	46,0	62,4	74,1	218	53,0	
<i>Usuario de recurso asistencial</i>							
Sí, de un centro de día	1,1	2,0	0,7	1,2	5	1,2	0,01
Sí, de una residencia	1,1	1,0	1,4	0,0	4	1,0	
Sí, de atención domiciliaria	14,6	9,0	3,5	2,5	29	7,1	
Sí, de teleasistencia	22,5	18,0	10,6	11,1	62	15,1	
No	60,7	70,0	83,7	85,2	311	75,7	

Discusión de los resultados

Naciones Unidas, organización que vela por la protección de los derechos humanos durante la crisis sanitaria originada por la pandemia de la COVID-19, hace hincapié en los grupos de mayor vulnerabilidad e incluye entre los mismos a las personas mayores (Huenchuan, 2020). Parece evidente que la pandemia ha causado importantes consecuencias que han repercutido en el bienestar físico, mental y emocional de las personas mayores (Commonwealth of Australia, 2020).

Los resultados de esta investigación revelan una percepción de la calidad de vida global, y una satisfacción con el estado de salud, relativamente buenas por parte de las personas mayores. No obstante, las percepciones están condicionadas por algunas características específicas y por el hecho de padecer, o no, alguna enfermedad.

En la literatura consultada se observa que el 67% de los/as cuidadores/as consideran que el estado de salud de las personas mayores habría empeorado significativamente, especialmente en personas con edades comprendidas entre los 75 y 79 años (Fundació Pascual Maragall, 2020).

Al centrar la atención en la dimensión física de la calidad de vida, la evidencia científica demuestra el peso que otorgan las personas mayores a su independencia funcional, al mantenimiento de componentes cognitivos, así como a su participación

significativa en las actividades de ocio y participación social en la comunidad (Van Leeuwen et al., 2020). Concretamente, existe una correlación entre las limitaciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) y la calidad de vida percibida. Diversos estudios muestran cómo las limitaciones en la realización las AVD (básicas e instrumentales) de forma independiente son uno de los principales factores que afectan a la calidad de vida (Vest et al., 2011; Fundació Pascual Maragall, 2020).

Al tratarse de un colectivo especialmente vulnerable en un contexto de pandemia, la OMS brindó una serie de consejos para el cuidado y la atención de las personas mayores (Qiu et al., 2020). Entre dichas recomendaciones destaca que las familias faciliten un apoyo práctico y emocional, que se ayude a poner en práctica medidas de prevención (como por ejemplo el lavado de manos), que se asegure el acceso a la medicación prescrita, que se enseñen ejercicios físicos diarios sencillos que la persona mayor pueda realizar en casa, que se mantengan rutinas y horarios regulares o que se ayude a crear otros nuevos en un nuevo entorno (OMS, 2020).

La evidencia disponible hasta el momento pone de manifiesto una serie de consecuencias y limitaciones asociadas a la COVID-19 en personas mayores, como fatiga, debilidad muscular y deterioro cognitivo que pueden interferir en el desempeño de las actividades de la vida diaria (OMS, 2021).

Asimismo, la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), mantiene que las limitaciones en la movilidad asociadas al confinamiento en las personas mayores han contribuido a la aparición de síndromes asociados, como el sedentarismo o del síndrome de inmovilidad, así como otras complicaciones, como son la sarcopenia y/o la fragilidad (SEGG, 2020).

Los resultados de la investigación apuntan que la dimensión física es la que obtiene una menor puntuación media de las cuatro consideradas. No obstante, ítems relacionados con la movilidad, la energía o la habilidad para las actividades de la vida diaria obtienen puntuaciones medias que oscilan entre 3,3 y 3,6 puntos en una escala de Likert de 1 a 5, lo que puede interpretarse como un buen desempeño funcional de las personas mayores en un contexto de pandemia.

Probablemente, esta «falta de conciencia del déficit» o de limitación en el desempeño de actividades del colectivo entrevistado, esté relacionada con varios factores. En parte por la presencia de patologías cognitivas asociadas y en otra parte por la asimilación como consecuencia de la costumbre, o del control con medicación, de determinados déficits como normales y, por último, la existencia de medios facilitadores. En este caso habría que destacar el papel de las personas cuidadoras, quienes han intensificado de forma importante las tareas asumidas de cuidado de las personas mayores, como consecuencia de la COVID-19 (Cox, 2020).

Las personas que han participado en la investigación valoran muy positivamente el papel de la familia y de sus amistades en la configuración de su calidad de vida.

Las relaciones personales y el apoyo social se encuentran entre los tres ítems que obtienen una mayor valoración dentro de la escala WHOQOL-BREF utilizada. A lo que se suma que más del 73% de los entrevistados/as están «bastante» o «muy satisfechos» con el trato recibido del entorno social más próximo y con el comportamiento de las amistades y de los familiares durante la pandemia.

La bibliografía consultada avala el rol del cuidador primario informal, que en la mayoría de los casos es un familiar y generalmente un familiar de primer grado (Agulló-Tomás, Zorrilla-Muñoz y Gómez-García, 2019). Esta persona asume, en numerosas ocasiones, la prestación de ayuda en el desempeño de las actividades de la vida diaria, tales como el aseo y el arreglo personal, la alimentación, el vestido, o las gestiones y trámites que debe realizar la persona mayor (García et al., 2018).

A pesar de que la enfermedad afecta a toda la población, los datos muestran que la edad es un factor de riesgo en cuanto a las complicaciones y a la mortalidad asociada (Remuzzi y Remuzzi, 2020). Además, se ha demostrado que las personas mayores institucionalizadas presentan mayor prevalencia al riesgo de contagio por SARS-CoV-2, debido a las características de la convivencia colectiva en espacios reducidos (Aquino-Canchari, Quispe-Arrieta y Huaman Castellón, 2020).

Independientemente del lugar en que haya transcurrido la estancia de la persona mayor, el escenario de pandemia genera miedo a la infección o situaciones de soledad. Varios aspectos desempeñan un papel importante en el manejo de esta situación estresante, especialmente en los ancianos y que pueden condicionar la CdV de forma decisiva. Estos factores incluyen el manejo de medidas preventivas, el apoyo de familiares y amistades, el ocio, el ejercicio y el estilo de vida en general.

La pandemia mundial causada por COVID-19 ha requerido una situación de confinamiento en los hogares, siendo España uno de los países con medidas más estrictas en este sentido. En el caso de Galicia y tras la declaración del estado de alarma y la aprobación de sucesivas prórrogas, además de restringir las visitas a centros residenciales, el gobierno autonómico decretó el cierre de los centros de día, tanto de titularidad pública como privada, durante los primeros meses de la pandemia, y tras su reapertura, las restricciones y el protocolo de actuación han condicionado su actividad normal y su uso. Esto ha supuesto importantes repercusiones en el modo de vida de las personas mayores.

El aislamiento y el confinamiento domiciliario pueden aumentar los problemas mentales así como tener efectos negativos en el bienestar psicológico como mayor sensación de depresión o pérdida de calidad de vida (Armitage y Nellums, 2020; Nguyen et al., 2020). Estudios previos también sugieren una mayor presencia de emociones negativas en las personas que no disponen de espacios exteriores (Rodríguez-González et al., 2020). Parece evidente que las limitaciones y, en muchos casos, las restricciones de visitas, sobre todo en centros asistenciales y/o residenciales, motivadas por el intento de detención de la propagación de la COVID-19, entre

personas mayores y su contexto familiar han tenido efectos de gran peso en su salud (Commonwealth of Australia, 2020). Las personas mayores también han sufrido un empeoramiento clave en la esfera cognitiva (memoria, orientación espacial y razonamiento) (Fundació Pascual Maragall, 2020).

Los resultados de esta investigación apuntan también en esta dirección. De este modo, ítems como el disfrute de la vida o la capacidad de concentración, especialmente relacionados con el aislamiento y la ansiedad relacionados con la pandemia, son los que menores valoraciones medias obtienen dentro de la dimensión psicológica. En la misma línea, ítems como los servicios de transporte o las oportunidades de ocio, se encuentran entre los peor valorados de todos los que integran las cuatro dimensiones de la calidad de vida. Se trata de aspectos especialmente afectados por el confinamiento derivado de la COVID-19.

La investigación también ha demostrado que el que la persona mayor sea usuaria, o no, de un recurso asistencial, condiciona, de forma significativa, las percepciones relacionadas con la calidad de vida en su dimensión física y psicológica. Por lo tanto, parece que el que la persona mayor esté, o no, institucionalizada, deba ser un ítem a tener en cuenta en la interpretación de los discursos, puesto que condiciona el estado de salud física y mental. Por el contrario, se ha encontrado que los ítems relacionados con las condiciones del lugar en las que vive la persona mayor y el ambiente físico se encuentran entre los mejor valorados. Parece como si las personas mayores, viendo las dificultades por las que atravesaban las personas mayores institucionalizadas, valorasen de forma especial el permanecer en sus hogares.

Las atenciones, los cuidados o las relaciones de las personas mayores institucionalizadas difieren notablemente de las de aquellas que viven en su propio hogar, o en el de un familiar y dentro de su entorno habitual. Fernández-Rodríguez (2019) señala que en personas mayores institucionalizadas existe una relación significativa y moderada/alta entre el grado de independencia y la calidad de ejecución en AVD. No obstante, existe escasa evidencia científica que apoye las recomendaciones de intervenciones a nivel domiciliario frente a la atención institucional a largo plazo en el colectivo de la tercera edad (Young et al., 2017).

Este trabajo no se ha centrado en el análisis de la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas en un centro residencial. Probablemente, la percepción sobre su calidad de vida hubiese cambiado de haber considerado únicamente al colectivo de personas mayores institucionalizadas. Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada y la propia experiencia profesional de los autores y autoras de este estudio, hay evidencias de que las personas mayores institucionalizadas en residencias han visto reducidas sus terapias e intervenciones rehabilitadoras (individuales y/o grupales) debido a la pandemia y en consecuencia, han visto afectado su nivel de desempeño ocupacional.

Como se ha comentado con anterioridad, las condiciones del hogar y el entorno físico son características de la calidad de vida altamente valoradas por las personas entrevistadas. La literatura científica atribuye un papel relevante al hábitat de residencia en las vivencias y en los cuidados de las personas mayores y que acaban determinando su forma de envejecer (Agulló-Tomás, Zorrilla-Muñoz y Gómez-García, 2019; Young et al., 2017). No obstante, los análisis llevados a cabo en el ámbito de esta investigación no han revelado diferencias significativas en las percepciones relacionadas con la calidad de vida en función del tipo de hábitat (rural, intermedio o urbano) ni en función de la provincia en la que reside la persona mayor.

Los hallazgos de la investigación resaltan la importancia del perfil socio-demográfico de la persona mayor en la determinación de la calidad de vida. Más concretamente, el nivel de estudios, la profesión desempeñada y el tipo de trabajo ejercido durante la vida activa condicionan de forma significativa las percepciones de la persona mayor referidas a su calidad de vida. El análisis muestra que las mujeres mayores con menores estudios y con profesiones menos cualificadas son las que valoran peor su calidad de vida y las que menos satisfechas están con su estado de salud. Los resultados coinciden con los de otras investigaciones anteriores que evidencian una peor percepción de la calidad de vida en mujeres mayores, con menos estudios y con un peor estatus económico (Tajvar, Arab y Montazeri, 2008; Gureje et al., 2008; Talarska et al., 2018).

Conclusiones

El progresivo envejecimiento de la población en el que se encuentran inmersos un importante y creciente número de países ha despertado el interés por la calidad de vida de las personas mayores, un colectivo con un peso demográfico, social y económico cada vez mayor. Es evidente que el progreso económico y social ha supuesto un avance de la medicina y una reducción de la mortalidad en todas las edades, lo que ha incrementado la esperanza de vida de forma significativa, pero también lo es que, inevitablemente, la edad implica la prevalencia de enfermedades crónicas, un incremento de la discapacidad e importantes limitaciones sobre todo en los tramos más altos de la pirámide demográfica.

A menudo, la vejez también implica una serie de cambios que van más allá de los estrictamente físicos y funcionales e incluyen las formas de convivencia, las relaciones sociales, las condiciones del hogar y el propio estatus económico. Estos cambios, a menudo, también implican dificultades en las condiciones de vida del mayor y derivan en situaciones de aislamiento y soledad no deseada. Es por ello que desde instituciones supranacionales como Naciones Unidas o la Unión Europea se apuesta por un envejecimiento activo y saludable, que ofrezca soporte a las personas

de mayor edad que necesitan ayuda, evitando situaciones de exclusión, o excesiva dependencia y garantizando un incremento del bienestar en la vejez.

A estas tendencias globales, que implican un incremento del peso del colectivo de personas mayores y, en consecuencia, una preocupación por tratar de mantener su calidad de vida, hay que sumar acontecimientos coyunturales como el asociado a la enfermedad de la COVID-19 y sus impactos en las condiciones de vida de este colectivo. Es evidente que desde el punto de vista sanitario, esta enfermedad impactó de una forma diferencial a las personas mayores, mostrándose este grupo como el más vulnerable por la presencia de otras patologías previas.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, desde la Cátedra Cruz Roja Española para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, se consideró que era inevitable analizar la calidad de vida de la población mayor en Galicia y los posibles impactos asociados a la pandemia derivada de la COVID-19. Conocer las percepciones de la población mayor permitirá valorar su calidad de vida de una forma estructural, entender los diferentes impactos de la pandemia y ofrecer algunas recomendaciones con el objetivo de que se puedan diseñar modelos de atención a un colectivo cada vez más importante en nuestra sociedad.

La calidad de vida es un concepto complejo y sujeto a debate, sobre el que no existe unanimidad, pero sobre el que existen algunos consensos: se trata de un concepto multidimensional, incluye elementos objetivos y subjetivos, varía en el tiempo, depende de las características socioeconómicas y culturales del área en la que viven las personas, pero también de las características sociodemográficas de estas personas y de sus percepciones. Existe también una opinión mayoritaria y creciente en torno a la aproximación de la CdV desde una perspectiva subjetiva que tenga en cuenta las percepciones de los individuos.

En esta investigación se ha adoptado la definición de CdV proporcionada por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS que la define como «la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones» (WHOQOL Group, 1995).

Partiendo de este concepto y de los consensos apuntados con anterioridad se ha abordado la CdV a partir de las percepciones de las personas mayores y utilizando como escala de medida el WHOQOL-BREF, que además de una percepción global sobre la CdV y el estado de salud, evalúa cuatro dimensiones de la CdV (física, psicológica, relaciones sociales y ambiental). El cuestionario utilizado en el marco de esta investigación se ha completado con cuestiones que permiten obtener un perfil socio-demográfico del entrevistado y las percepciones en relación con la gestión de la pandemia y el apoyo recibido durante este período.

Los resultados evidencian que en un contexto de enormes dificultades, las personas mayores han demostrado una importante capacidad de resistencia, de reacción

y de adaptación. Casi la mitad valoran como «muy buena» o «bastante buena» su calidad de vida. Por el contrario, únicamente el 4% califica su calidad de vida como «muy mala». No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Se ha constatado que las percepciones positivas aumentan con la edad. Las personas de más edad son las que valoran en mayor medida su calidad de vida y las diferencias son estadísticamente significativas entre los grupos de edad. Cerca del 60% de las personas de 85 y más años valoran su calidad de vida como «muy buena» o «bastante buena» y ninguna la califica como «muy mala». El resultado refleja la capacidad de resiliencia de las personas de mayor edad, que, como consecuencia de su larga experiencia, valoran en mayor medida la conquista que representa la longevidad.

Los resultados de la investigación han corroborado el carácter dimensional de la CdV. El análisis factorial confirmatorio ha corroborado el modelo que parte del análisis de la calidad de vida en cuatro dimensiones: dimensión física, dimensión psicológica, relaciones sociales y dimensión ambiental. El instrumento de medida utilizado (el WHOQOL-BREF), presenta una elevada fiabilidad con un alpha de Cronbach de 0,88 para el cuestionario total. Al incorporar únicamente tres preguntas, la dimensión con una menor fiabilidad es la de las relaciones sociales, con un alpha de Cronbach de 0,6.

Está claro que la calidad de vida va más allá de la condición física y de la salud de la persona mayor. De hecho, las dimensiones de la calidad de vida mejor valoradas por las personas mayores son las relaciones sociales y la dimensión psicológica. La dimensión física y la dimensión ambiental, que incluyen valoraciones de aspectos más afectados por las restricciones derivadas de la pandemia, reciben una menor valoración. El análisis estructural confirma, por otro parte, que las cuatro dimensiones de la CdV están correlacionadas, siendo las correlaciones más elevadas las que se establecen entre la dimensión ambiental y la psicológica.

Del total de ítems de calidad de vida medidos, las personas mayores destacan las condiciones de su propio hogar, sus relaciones personales o el apoyo social como los aspectos más positivos, mientras que las oportunidades de ocio, los recursos económicos disponibles o el servicio de transporte del que disponen en su zona, son cuestiones que debieran mejorar. Las puntuaciones obtenidas por los demás ítems se encontrarían entre estos extremos.

En otro orden, la red de apoyo conformada por los familiares y amigos y la solidaridad del entorno cercano, son aspectos muy bien valorados por las personas mayores durante la pandemia. Por el contrario, no están muy satisfechas con las medidas aprobadas para este colectivo y con la imagen que se ha proyectado en los medios de comunicación.

En línea con otros trabajos se detecta que las percepciones relacionadas con la CdV de las personas mayores gallegas están influenciadas por determinadas

características demográficas, socioeconómicas y personales como pueden ser el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, la profesión antes de jubilarse, el tipo de trabajo desempeñado durante la vida activa, el padecer algún tipo de enfermedad o el ser usuario, o no, de algún recurso asistencial.

Por último, dentro de un contexto de una satisfactoria calidad de vida y de enorme resistencia frente a la COVID-19, se observa que las percepciones no son uniformes y dentro de las personas mayores existen grupos con unas mejores percepciones y que han pasado mejor el confinamiento y grupos que se manifiestan como más vulnerables.

Aunque se ha clasificado a las personas mayores en cuatro grupos, las diferencias más importantes se encuentran entre las pertenecientes a dos grupos. Por un lado, se ha identificado un grupo con una peor calidad de vida subjetiva y que se muestra más insatisfecho con su estado de salud. Este grupo está integrado mayoritariamente por mujeres, de entre 75 y 84 años, generalmente viudas, que viven solas y que padecen algún tipo de enfermedad. Por otro lado, se ha identificado otro grupo con las percepciones más elevadas en relación con la calidad de vida y una mayor valoración de su estado de salud. Los integrantes de este grupo se caracterizan por ser mayoritariamente hombres, casados, con estudios superiores y que han ejercido profesiones asociadas a unas mayores contraprestaciones económicas.

Recomendaciones

En la actualidad en Galicia, las personas de 65 o más años representan más del 25% de la población total. Las proyecciones del INE indican que este porcentaje seguirá creciendo en el futuro hasta superar el 33% en el año 2035 (INE, 2021c). Tomar en consideración a un colectivo que representa un cuarto de la población y que va a suponer un tercio del total a medio plazo es, por lo tanto, inevitable y al mismo tiempo imprescindible. Es preciso dotar de las mejores condiciones de vida posibles a este grupo de personas y es necesario además, considerarlo desde el punto de vista de la planificación económica y no solo como destinatarios de recursos vinculados al estado de bienestar, como pueden ser los sanitarios o las pensiones, sino como contribuyentes ellos mismos al sistema económico y social.

En un contexto demográfico caracterizado por el envejecimiento de la población y consecuentemente, por el incremento del protagonismo de la población de más edad, un enfoque más positivo de la vejez se hace, al mismo tiempo, inevitable. Las políticas públicas deberían buscar un mayor empoderamiento de las personas mayores y otorgarles un papel más activo en la economía y en la sociedad (Limón-Mendizábal, 2018; Viñuela, Torío y García, 2018). Para ello, es necesario apostar por un envejecimiento más saludable y por mejorar las condiciones de vida de las personas mayores.

Uno de los elementos que deberían tener en cuenta en la búsqueda de un mejor bienestar de este colectivo, es la forma de convivencia de las personas mayores. Los datos de la encuesta estructural de hogares elaborada por el Instituto Galego de Estadística (IGE), indican que en Galicia prácticamente el 56% de las personas de 65 y más años viven en hogares con todos los miembros de 65 o más años, siendo la tipología de hogar más frecuente entre las personas mayores el unipersonal (IGE, 2021). Los resultados de este trabajo indican que un tercio de las personas mayores viven solas. Aunque vivir solo no es lo mismo que soledad no deseada, desde las administraciones debería prestarse especial atención a estas situaciones, prestando los servicios y cuidados necesarios, con el objetivo de evitar que esas personas que viven solas acaben derivando en aislamiento y en soledad no deseada.

Nuestra investigación también aporta pistas y sugerencias en relación con algunos elementos a los que habría que prestar atención con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Los resultados ponen de manifiesto que la pandemia ha condicionado de forma importante las oportunidades de ocio, los recursos económicos y la movilidad de las personas mayores. Estas cuestiones deberán tenerse muy presentes, dado que se trata de aspectos que inciden en otras dimensiones de la calidad de vida, afectando, por ejemplo, a la capacidad de concentración, a la positividad o al sueño. Estas consecuencias ya se han podido constatar en este trabajo puesto que estos ítems han obtenido puntuaciones medias más bajas. Sería preciso retomar, en la medida de lo posible, las rutinas de ocio y de ejercicio, o las actividades de estimulación cognitiva, muy necesarias para un envejecimiento activo y para una mejora integral de la calidad de vida.

En un contexto de pandemia, parece que las personas mayores institucionalizadas han sufrido de una forma más acusada los envites del coronavirus y del propio confinamiento. Los resultados de nuestra investigación, aun reflejando unas altas valoraciones de la calidad de vida, indican peores resultados en el caso de quienes son usuarios de algún recurso asistencial. Además, las personas mayores entrevistadas en el ámbito de esta investigación otorgan las puntuaciones más elevadas a las condiciones del lugar en el que viven, lo que parece reflejar la percepción de los problemas surgidos en los centros residenciales a consecuencia de la pandemia y en consecuencia, refuerza la valoración positiva de la permanencia en el propio hogar.

Teniendo en cuenta estas preferencias, se debería fomentar la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual. Teniendo en cuenta los problemas de movilidad asociados a la edad, para conseguir ese objetivo será preciso promover contextos accesibles, que promueven la autonomía, la independencia y la seguridad, el mayor tiempo posible (García, 2015). Galicia cuenta para ello con la Ley 10/2014, del 3 de diciembre, de accesibilidad, que promueve la autonomía de las personas mayores, favoreciendo la igualdad de oportunidades de una forma inclusiva y accesible.

En contextos de confinamiento domiciliario, donde las personas mayores pasan la mayor parte del tiempo en sus hogares, debiendo realizar a lo largo del día multitud de actividades de la vida diaria, estos requerimientos de accesibilidad, se vuelven, si cabe, más necesarios. En contextos como el actual se hace preciso mejorar las condiciones de los hogares, dotándolos de servicios y haciéndolos más confortables y cómodos, evitando posibles barreras u obstáculos que puedan interferir en el desempeño ocupacional y redunden en un mayor bienestar de las personas mayores.

Otro ámbito de actuación que debería tenerse en cuenta dentro de este objetivo es el relacionado con los cuidados en el hogar. Parece evidente que si la calidad de vida de las personas mayores ha resistido en un contexto de pandemia es debido, en gran parte, al trabajo desempeñado por las personas cuidadoras. Algunos trabajos que se han publicado a raíz de la pandemia demuestran que las tareas asumidas por este colectivo se han intensificado de forma importante como consecuencia de la COVID-19 (Cox, 2020). Será preciso, por lo tanto, mejorar las condiciones de esta atención y destinar más recursos a este fin si la estrategia es que el mayor permanezca el mayor tiempo posible en su hogar.

En relación con el modelo residencial vigente, la evidencia científica consultada constata cómo la adaptación y toma de medidas de seguridad que algunos países han adoptado en sus centros residenciales han favorecido la comunicación e interacción entre las personas mayores residentes y sus familias, con la finalidad de mejorar su salud y la calidad de vida. Algunas de estas iniciativas incluyeron la coordinación de las visitas, programas de reentrenamiento y de ejercicios de movilización activa y pasiva dentro de su habitación, o la incorporación de nuevas tecnologías y equipos de comunicación, entre otros (Commonwealth of Australia, 2020).

De cara al futuro, será necesario aprender de estas experiencias y adoptar las medidas oportunas para evitar el deterioro físico y cognitivo de las personas mayores. Desde el punto de vista de la interacción social, la utilización de determinados dispositivos y tecnologías de la comunicación como las video-llamadas han demostrado ser un instrumento eficaz para reducir el aislamiento y la soledad de las personas mayores (Noone et al., 2020).

Esta investigación ha revelado la existencia de varios perfiles de personas mayores en cuanto a la calidad de vida subjetiva. Se ha encontrado que determinadas características socioeconómicas como el nivel de estudios o la situación económica condicionan las percepciones en relación con la calidad de vida. Más concretamente, se ha detectado un grupo más vulnerable y que debería tomarse en consideración a la hora de diseñar las políticas sociales. El perfil de este grupo se corresponde con el de una mujer, normalmente divorciada, que vive sola, con un nivel de estudios inferior al de los otros grupos y que han desarrollado profesiones asociadas a menores niveles de ingresos.

Las medidas adoptadas para las personas mayores, como la fijación de franjas horarias por edades, o tomar la edad como criterio para la desescalada, dejando a las personas mayores como los últimos en salir del confinamiento, son interpretadas por ellas como una forma de discriminación. Las personas mayores también han mostrado su descontento con las imágenes estereotipadas y negativas proyectadas de ellas y que relacionan vejez con enfermedad, deterioro o carga social. Esto es algo que debería cuidarse, dado que, en caso contrario, podrían estar reforzando el edadismo.

Por el contrario, a partir de las percepciones de las personas mayores en relación con la red de apoyo y la solidaridad durante la pandemia se pueden extraer algunas conclusiones positivas de esta crisis. Una de ellas es el apoyo ofrecido por los familiares y las amistades próximas, la otra es la respuesta de las entidades de voluntariado y el entorno social más cercano. La pandemia ha contribuido a reforzar la empatía y ha fortalecido las relaciones sociales y la solidaridad intergeneracional. Si las personas mayores gallegas han pasado con éxito el confinamiento es en parte debido a esta red de apoyo. Habrá que seguir trabajando para mejorar la sensibilidad interpersonal y el compromiso social en relación con las personas mayores.

Limitaciones y futuras ampliaciones

El principal objetivo de este trabajo ha sido el de analizar la calidad de vida de las personas mayores en Galicia y los posibles impactos en la misma de la situación de pandemia asociada a la COVID-19. Paralelamente se pretendía conocer las percepciones de este colectivo de población en relación con el apoyo recibido durante el confinamiento, con las medidas adoptadas y con el trato que desde los medios de comunicación se ha dado a la población mayor.

Por motivos de operatividad, acceso a la información y eficiencia, la muestra ha sido obtenida a partir de personas de 65 y más años residentes en Galicia que son usuarias, voluntarias y/o socias de la Cruz Roja Española en Galicia. Se trata de un universo conformado por más de 100.000 personas mayores a partir del cual se ha seleccionado una muestra representativa, atendiendo a la distribución de la población gallega por sexo, edad, provincia y hábitat de residencia. La muestra seleccionada, tanto por su tamaño como su heterogeneidad, es lo suficientemente representativa de la realidad de la población mayor gallega.

El trabajo de campo se ha apoyado en el instrumento WHOQOL-BREF desarrollado por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS. Se trata de un instrumento ampliamente utilizado y validado en la evaluación subjetiva de la calidad de vida de las

personas mayores. La aplicación del análisis factorial confirmatorio a la información primaria recogida ha corroborado el modelo que parte del análisis de la calidad de vida en cuatro dimensiones y el análisis estructural ha confirmado la relación entre las mismas. No obstante, algunos ítems presentan cargas factoriales por debajo de 0,5, lo que invita a pensar que podrían ser eliminados en el planteamiento de un modelo alternativo que mejore el ajuste.

En el año 2000 la OMS elaboró un nuevo instrumento denominado WHOQOL-OLD, dirigido más en exclusiva a la población anciana. Se trata de un instrumento que incluye 24 ítems divididos en seis áreas: habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad. Aunque en el ámbito de esta investigación se ha optado por el WHOQOL-BREF, por considerarse que la población objetivo es un grupo de personas mayores heterogéneo y con distintas situaciones desde el punto de vista de la autonomía física o psicológica, una posible línea de investigación futura podría incluir este cuestionario con el objetivo de complementar los resultados de nuestra investigación.

Por último, el trabajo de campo se ha realizado en un contexto de pandemia sanitaria y de confinamiento domiciliario lo que, evidentemente, ha condicionado las percepciones de las personas mayores. Parece evidente también, que a la crisis sanitaria seguirá una crisis económica y social. Será esencial, por lo tanto seguir evaluando la calidad de vida de las personas mayores a través de un análisis longitudinal que nos permita relacionar el contexto socioeconómico con las condiciones de las personas mayores y sus percepciones en relación con su calidad de vida.

Bibliografía

- Agulló Tomás, M. S., Zorrilla Muñoz, V., & Gómez García, M. V. P. (2019). Aproximación socio-espacial al envejecimiento ya los programas para cuidadoras/es de mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 2(1), 211-228.
- Álvarez, A. Á., Piédrola, R. M., Mora, R. M., Máximo, N., Bocanegra, B. M. M., Valverde, M. Á. T., & Rivas, N. (2010). *Dominio y Proceso*. 2da Edición. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (2nd ed.).
- Aquino-Canchari, C. R., Quispe-Arrieta, R. D. C., & Huaman Castillon, K. M. (2020). COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Arias, J. A. C., Ospina-Franco, L. C., & Eljadue-Alzamora, A. P. (2015). Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del WHOQOL-BREF y el MOSSF-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [online]*. 33(1), 50-57.

- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256.
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*, 31, 561-580.
- Bowling, A., Bannister, D., Sutton, S., Evans, O. and Windsor, J. 2002. A multidimensional model of QoL in older age. *Ageing and Mental Health*, 6, 355-71.
- Bowling, A., Farquhar, M., & Browne, P. (1991). Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 549-566.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A., & Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *The International Journal of Aging and Human Development*, 56(4), 269-306.
- Campbell A., Converse P., & Rodgers W. (1976) *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage.
- Carr, A., Gibson, B., & Robinson, P. (2001). Measuring quality of life. Is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, 322, 1240-1243.
- Commonwealth of Australia (2020). *Aged care and COVID-19: A special report*. Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, Commonwealth of Australia
- Cox, C. (2020). Older Adults and Covid 19: Social Justice, Disparities, and Social Work Practice. *Journal of gerontological social work*, 63(6-7), 611-624.
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586.
- Fernández Rodríguez, O. I. (2019). *Funcionalidad, dependencia y desempeño ocupacional en personas mayores institucionalizadas*. Universidad de Salamanca. Tesis doctoral.
- Fernández-Mayoralas, G. & Rojo-Pérez, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris (Monográfico sobre Geografía de la Salud)*, 5, 117-135.
- Ferreira Santos, L., Cavalcante Oliveira, L. M. A., Barbosa, M. A., Pires Nunes, D. & Brasil, V. V. (2015). Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. *Enfermería Global*, 14(40), 1-11.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida» WHOQOL-bref». *Revista de saúde pública*, 34, 178-183.

- Fundació Pascual Maragall (2020). Impacto de la COVID-19 según cuidadores familiares de personas con Alzheimer, 2020. Disponible en: <https://fpmaragall.org/wp-content/uploads/2020/07/ESTUDIO-DESCRIPTIVO-DE-LA-PERCEPCI%C3%93N-DEL-IMPACTO-DE-LA-PANDEMIA-COVID-19.pdf>
- Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24, 675-691.
- García Lantarón, H. (2015). Vivienda para un envejecimiento activo: el paradigma danés. Tesis doctoral. E.T.S. Arquitectura (UPM).
- García, N. A. H., Campos, A. O., Bolaños, C., Colonia, J. A. T., Burgos, H. S., Novelo, R. R. A., & Padilla, E. A. P. (2018). Desempeño ocupacional y satisfacción de los cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 7(13), 1-32.
- Gureje, O., Kola, L., Afolabi, E., & Olley, B. O. (2008). Determinants of quality of life of elderly Nigerians: results from the Ibadan study of ageing. *African journal of medicine and medical sciences*, 37(3), 239.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.), NJ: Pearson Education International, Upper Saddle River.
- Henchoz, Y., Abolhassani, N., Büla, C., Guessous, I., Goy, R., & Santos-Eggimann, B. (2019). Change in quality of life among community-dwelling older adults: population-based longitudinal study. *Quality of life research*, 28(5), 1305-1314.
- Hickey, A., O'Boyle, C. A., McGee, H. M. & Joyce, C. R. B. 1999. The schedule for the evaluation of individual quality of life. In Joyce, C. R. B., O'Boyle, C. A. and McGee, H. (eds), *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Harwood Academic, Amsterdam, 119-33.
- Huenchuan, S. (2020). Covid-19 recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos. Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huerta, J.A.L., Romo, R.A.G. & Tayabas, J.M.T. (2017). Propiedades psicométricas de la versión en español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una muestra de adultos mexicanos. *Rev Iberoam Diag Eval-E Aval Psicológica*, 2(44), 105-15.
- Instituto Galego de Estatística (IGE) (2021). Bienestar e condicións de vida. Enquisa estrutural a fogares.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021a). Encuesta Nacional de Salud de España, 2017.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021b). Estadística del Padrón Continuo.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021c). Proyecciones de población.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021d). Cifras de población. Principales series desde 1971.

- Kalfoss, M. H., Low, G., & Molzahn, A. E. (2008). The suitability of the WHOQOL-BREF for Canadian and Norwegian older adults. *European Journal of Ageing*, 5(1), 77.
- Kline, R.B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Limón Mendizábal, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula abierta*, 47(1), 45-54.
- Medvedev, O.L. & Landhuis, C.E. (2018). Exploring constructs of well-being, happiness and quality of life. *PeerJ*, 6,e4903; DOI 10.7717/peerj.4903.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2021). Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
- Moons, P., Budts, W. & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891-901.
- Naciones Unidas (2015). *World Population Ageing 2015*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York. Available at: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
- Nguyen, H. C., Nguyen, M. H., Do, B. N., Tran, C. Q., Nguyen, T. T., Pham, K. M., & Duong, T. V. (2020). People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. *Journal of clinical medicine*, 9(4), 965.
- Noll, H.H. (2002). Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture. En M.R. Hagerty, J. Vogek y V. Moller, eds. *Assesing quality of life and living conditions to guide national policy: the state of art*. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers, Serie: Social Indicators Research, Vol. 11, 47-87.
- Noone, C., McSharry, J., Smalle, M., Burns, A., Dwan, K., Devane, D., & Morrissey, E. C. (2020). Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- O'Boyle C. A. The schedule for the evaluation of individual quality of life (SEIQOL). *Int. J. Mental Hlth.*, 23, 3, 1994
- Organización Mundial de la Salud (1948). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Disponible en: <https://apps>.

who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2021). Clinical management of COVID-19: living guidance. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>
- Pedrero-Pérez, E. J., Barreda-Marina, M. A., Bartolomé-Gil, C., Bosque-Coro, S., Callejo-Escobar, J., Ema-López, I., ... & Mateos-Ayucar, M. P. (2018). Calidad de vida en pacientes tratados con metadona: el WHOQOL-BREF, estudio psicométrico y resultados de aplicación. *Anales de psicología*, 34(2), 251-257.
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-old module. *Quality of life research*, 14(10), 2197-2214.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).
- Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next?. *The lancet*, 395(10231), 1225-1228.
- Rodríguez-González, R., Facal, D., Martínez-Santos, A. E., & Gandoy-Crego, M. (2020). Psychological, social and health-related challenges in Spanish older adults during the lockdown of the COVID-19 first wave. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1393.
- Rojo-Pérez, F. & Fernández-Mayoralas, G. (2011). Introducción. Población mayor y calidad de vida desde la perspectiva individual. En F. Rojo-Pérez y G. Fernández-Mayoralas (Eds.). *Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G. & Pozo-Rivera, E. (2000). Envejecer en casa: los predictores de la satisfacción en casa, el barrio y el vecindario como componentes de la calidad de vida de los mayores en Madrid. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(4), 222-233.
- Şahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1), 69-77.
- Saxena, S., Carlson, D., Billington, R., & Orley, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. *Quality of life Research*, 10(8), 711-721.
- Skevington, S.M., MacArthur, P., Somerset, M. (1997). Developing items for the WHOQOL: an investigation of contemporary beliefs about quality of life related to health in Britain. *British Journal of Health Psychology* 2(1):55-72.
- Skevington, S.M., Lotfy, M. & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.

- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) (2020). Comunicado de la SEGG respecto a las restricciones de contacto social en las residencias de mayores; 2020. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Manifiesto-SEGG-salir-de-residencias.pdf>
- Suárez, L., Tay, B., & Abdullah, F. (2018). Psychometric properties of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment in Singapore. *Quality of Life Research*, 27(11), 2945-2952.
- Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC public health*, 8(1), 1-8.
- Talarska, D., Tobis, S., Kotkowiak, M., Strugała, M., Stanisławska, J., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Determinants of quality of life and the need for support for the elderly with good physical and mental functioning. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 24, 1604.
- Terzi, Ş. (2008). The relationship between the psychological endurance of university students and the social support they perceive. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(29), 1-11.
- Urzúa M., A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). Quality of life: A theoretical review. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- Van Leeuwen, K. M., Van Loon, M. S., Van Nes, F. A., Bosmans, J. E., De Vet, H. C., Ket, J. C., ... & Ostelo, R. W. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PloS one*, 14(3), e0213263.
- Veenhoven, R. (1996). Developments in satisfaction-research. *Social Indicators Research*, 37, 1-46. doi:10.1007/BF00300268.
- Velarde-Jurado, E. & Avila-Figueroa, C. (2002). Methods for quality of life assessment. *Salud Pública*, 44,349-361.
- Verdugo, M. Á., Arias, B., Gómez, L. E., & Schalock, R. L. (2010). Development of an objective instrument to assess quality of life in social services: Reliability and validity in Spain. *International Journal of clinical and health psychology*, 10(1), 105-123.
- Vest, M. T., Murphy, T. E., Araujo, K. L., & Pisani, M. A. (2011). Disability in activities of daily living, depression, and quality of life among older medical ICU survivors: a prospective cohort study. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 1-10.
- Viñuela Hernández, M. P., Torío López, S., & García Pérez, O. (2018). Experiencias de vejez vital. *Senior Cohousing: autonomía y participación*. *Aula abierta*, 47(1), 79-86.
- Walker, A., & Maltby, T. (1997). *Ageing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Walsh K., Scharf T. & Keating N. (2017). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*. 14(1), 81-98.
- Wenger, G. C. (1992). Morale in old age: A review of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 699-708.

- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group. 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10):1403–1409. DOI 10.1016/0277-9536(95)00112-k.
- Young, C., Hall, A. M., Gonçalves-Bradley, D. C., Quinn, T. J., Hooft, L., van Munster, B. C., & Stott, D. J. (2017). Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- Zimet, G., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2.

Anexo

Buenos días/ Buenas tardes, desde la "Cátedra Cruz Roja Española para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores" estamos haciendo un estudio para conocer las percepciones en relación con la calidad de vida y el impacto derivado de la COVID-19. Son solo unos minutos, por lo que le agradeceríamos su colaboración en esta encuesta. El tratamiento de los datos se hace de manera anónima y agregada y sólo con fines de investigación social.

Para comenzar le voy a hacer unas preguntas para conocer mejor su perfil, dígame por favor:

Provincia (se asigna por muestra)

- A Coruña
- Lugo
- Ourense
- Pontevedra

Tamaño de hábitat (se asigna por muestra)

- 0 a 2.000 hab.
- 2.001 a 5.000 hab.
- 5.001 a 10.000 hab.
- 10.001 a 20.000 hab.
- 20.001 a 50.000 hab.
- 50.001 a 100.000 hab.
- + 100.000 hab.

Sexo (se asigna por voz)

- Hombre
- Mujer

¿Cuántos años tiene, a día de hoy?

_ _

P.1 Contándose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar de manera habitual?

_ _

P.2 ¿Es usted usuario/a, o lo ha sido en los últimos meses, de algún recurso asistencial?

- Sí, de un centro de día
- Sí, de una residencia
- Sí, de atención domiciliaria
- Sí, de teleasistencia
- Sí, de otro. ¿Cuál? _____
- No

→ P.2.1 ¿Diría que esa prestación ha contribuido a mejorar su calidad de vida durante la pandemia?

- Extremadamente
- Bastante
- Lo normal
- Un poco
- Nada
- Ns/Nc

P.3 Y usted, en la actualidad, ¿está enfermo/a?

- Sí
- No
- Nc

→ P.3.1 Si tiene algún problema con su salud, ¿qué piensa que es? _____

1

Por favor, valore sus sentimientos y responda según la respuesta que mejor represente su situación:

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena	Ns/Nc
P.4 ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5	9
	Muy insatisfecho/a	Un poco satisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a	Ns/Nc
P.5 ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5	9

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en el que ha experimentado ciertos hechos en las últimas 2 semanas:

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente	Ns/Nc
P.6 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5	9
P.7 ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5	9
P.8 ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5	9
P.9 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5	9

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extrema- damente	Ns/Nc
P.10 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5	9
P.11 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5	9
P.12 ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5	9

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las 2 últimas semanas, y en qué medida:

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Total- mente	Ns/Nc
P.13 ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5	9
P.14 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5	9
P.15 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5	9
P.16 ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5	9
P.17 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5	9
P.18 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5	9

2

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las últimas 2 semanas se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida:

	Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante insatisfecho/a	Muy satisfecho/a	Ns/Nc
P.19 ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5	9
P.20 ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5	9
P.21 ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5	9
P.22 ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo/a?	1	2	3	4	5	9
P.23 ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5	9
P.24 ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5	9
P.25 ¿Cómo de satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5	9
P.26 ¿Cómo de satisfecho/a está de las	1	2	3	4	5	9

Cuestionario WHOQOL-BREF. Modelo de cuestionario en español.

	Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante insatisfecho/a	Muy satisfecho/a	Ns/Nc
condiciones del lugar donde vive?						
P.27 ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5	9
P.28 ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5	9

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas 2 semanas:

	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre	Ns/Nc
P.29 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5	9

Pensando en su experiencia a lo largo de estos últimos meses cómo de satisfecho está con las siguientes cuestiones:

	Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante insatisfecho/a	Muy satisfecho/a	Ns/Nc
P.30 Las amistades íntimas o familiares con las que cuenta	1	2	3	4	5	9
P.31 Las distintas medidas que se han aprobado para las personas mayores durante el confinamiento	1	2	3	4	5	9
P.32 La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación	1	2	3	4	5	9
P.33 El trato recibido por parte de su entorno social más cercano (vecindario, centro de salud, comercio de proximidad, etc.)	1	2	3	4	5	9

Ya para finalizar, contéstele a algunas cuestiones sobre su situación para clasificar mejor su perfil:

P.34 A continuación dígame cuál es su estado civil:

- Soltero/a
- Separado/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- En pareja
- Viudo/a
- Nc

P.35 ¿Cuál es el nivel de estudios más elevado que ha cursado y finalizado?

- No sabe leer ni escribir (analfabeto/a)
- Estudios primarios incompletos (preescolar)
- EGB 1ª etapa/Ingreso/Certificado Escolaridad
- EGB 2ª etapa/4ª Bachiller/Graduado Escolar/Certificado Estudios Primarios

- BUP/COU/FP/Bachiller Superior
- Escuela Universitaria/Ingeniería técnica/
- Facultad/Escuela técnica superior/Doctorado
- Nc

P.36 ¿Cuál es su situación en la actualidad?

- Trabaja
- Retirado/a o pensionista (ha trabajado)
- Pensionista (no ha trabajado antes)
- En paro (habiendo trabajado antes)
- Trabajo doméstico
- Otra situación
- Nc

- P.36.1 Y, ¿está/estuvo trabajando por cuenta propia o ajena?
- Por cuenta propia
 - Por cuenta ajena

P.36.2 En concreto, ¿cuál es/era su profesión?

- Directores/as y gerentes
- Profesionales científicos/as e intelectuales
- Técnicos/as y profesionales de nivel medio
- Personal de apoyo administrativo
- Trabajadores/as de los servicios y vendedores/as de comercios y mercados
- Agricultores/as y trabajadores/as cualificados/as agropecuarios/as, forestales y pesqueros/as

- Oficiales/as, operarios/as y artesanos/as de artes mecánicas y de otros oficios
- Operadores/as de instalaciones y máquinas y ensambladores/as
- Ocupaciones elementales
- Ocupaciones militares y cuerpos policiales
- Otra. ¿Cuál? _____
- Nc

Muchas gracias por su colaboración, ha sido usted muy amable. Ya hemos terminado.



Cruz Roja Española



**Cátedra
Cruz Roja
Española**

En marzo de 2020 fue declarada por la OMS la pandemia mundial por SARS-CoV-2, lo que generó un escenario de crisis sanitaria en España que provocó la declaración de estado de alarma el día 14. En el contexto de una pandemia devastadora y sin precedentes, la Cátedra Cruz Roja Española para la mejora de calidad de vida de las personas mayores consideró oportuno aportar una investigación en torno al impacto de la COVID-19 sobre un colectivo especialmente vulnerable.

