

LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN UNA ZONA DE SALUD DE HUELVA

M^a ISABEL MENDOZA SIERRA. CONSUELO REVILLA DELGADO
ANTONIETA FERIA MUÑOZ. JOSÉ MIGUEL BERNAL VILÁN
MARÍA BARBERO PRADO. TERESA REVILLA PARODY

RESUMEN

El envejecimiento de la población constituye hoy en día uno de los problemas más acuciantes en nuestra sociedad. El incremento del colectivo de mayores de 65 años (donde destaca un fuerte incremento de la población de edad más avanzada -80 años-) está planteando nuevas demandas a los profesionales de los dispositivos de salud y/o servicios sociales, así como a los gestores e interventores que están implicados en la adopción y puesta en práctica de políticas de Bienestar. Con objeto de conocer la situación concreta de este colectivo en una zona de Huelva se plantea el presente estudio cuyo objetivo principal es valorar la calidad de vida de la población mayor. Para ello se seleccionó, a partir del censo disponible, una muestra representativa de la población de 65 años y más de una zona de salud de Huelva capital. Mediante entrevistas individualizadas en los domicilios de los mayores, llevadas a cabo por personal específicamente entrenado, se administraron una serie de escalas y cuestionarios para medir distintos aspectos (tanto objetivos como subjetivos) de la calidad de vida. Entre otros se midieron la auto percepción de salud y el bienestar subjetivo (a través de la satisfacción con la vida), las relaciones sociales y el apoyo social y el grado de autonomía del anciano, además de variables sociodemográficas. En el presente trabajo se presentan solamente los resultados referidos a la salud y el bienestar subjetivos de los mayores. Pretendemos que los resultados finales sobre los distintos aspectos medidos de la calidad de vida de los mayores puedan servir para orientar actuaciones de cara a mejorar la situación de este sector de población.

PALABRAS CLAVES: mayores, calidad de vida subjetiva, satisfacción con la vida, auto percepción de salud.

ABSTRACT

The ageing of the population is nowadays one of the most pressing problems in our society. The increase of the community of people over 65 (where a strong increase of the oldest population -80 years old- is remarkable) is demanding new challenges from public health and/or social services professionals, and from managers and supervisors involved in the adoption and implementation of Welfare policies. In order to knowing the concrete situation of this group in an area of Huelva, the present study is planned. Its main aim is to assess quality of life of the older population. For this purpose, a representative sample of the population over 65 and more than one health zone of the city of Huelva were selected from the available census. By means of individual interviews at the elders' homes made by specifically trained staff, a number of scales and questionnaires were administered in order to measure several aspects (both objective and subjective) of the quality of life. Among others, health self-perception and subjective well-being (through satisfaction with life), social relationships and support, and the degree of autonomy of the elder, as well as some socio-demographic variables, were measured.

The present study shows only the results relative to the elders' subjective health and well-being. Our aim is for the final results of the various measured aspects of the elders' quality of life to help guiding performances in order to improve the situation of this sector

of the population.

KEY WORDS: elders, subjective quality of life, life satisfaction, health self-perception.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, en nuestro país alrededor del 15% de la población tiene más de 65 años y para el año 2020 el porcentaje será del 20%. En cifras absolutas cuando haya transcurrido la mitad de ese período, es decir, para el 2010, se prevé que habrá entre siete millones cien mil y siete millones cuatrocientas mil personas mayores. Lo más llamativo de este envejecimiento poblacional será el fuerte incremento de la población de edad más avanzada, de tal manera que la mitad de esa cifra estará constituida por personas de edades comprendidas entre los 70 y los 80 años, mientras que los mayores de 80 años representarán un 25% de los mismos (CSIC, 2001).

Este mayor incremento de la población a partir de los 80 años se debe fundamentalmente a una mayor longevidad (se prevé que la esperanza de vida pueda alcanzar los 84,2 años para las mujeres, y los 76,6 años para los hombres en el año 2010). La prolongación de la vida o suma de años está propiciada por la mejora en las condiciones objetivas de vida y por los avances científico-técnicos.

Las personas viven más años, pero, lejos de encontrarnos con una población mayor homogénea, ésta será cada vez más heterogénea, ya que incluirá personas de edades distintas, con distintas necesidades.

De acuerdo a las tendencias demográficas anteriormente señaladas se ha detectado una alta proporción de personas mayores en la zona que abarca el Distrito Sanitario «Los Rosales». Según los datos del Padrón de 1999 de los 22.017 habitantes censados 3.416 son personas de 65 años y más, lo que supone un 15,51% de la población de esta zona. Su distribución por sexos es la siguiente: 1409 son varones (41,24%) y 2007 son mujeres (58,76%).

Las demandas que hacen los usuarios de los dispositivos de salud y/o servicios sociales existentes se refieren principalmente a los cuidados de salud de los ancianos, consultas de familiares que cuidan a ancianos dependientes, escasez de recursos comunitarios para atender las necesidades sociosanitarias, etc. Es por ello que resulta necesario hacer un estudio exhaustivo de esta población respecto a su calidad de vida, incorporando diferentes componentes.

La calidad de vida durante esta etapa hace alusión a la valoración de distintos ámbitos de la vida. Además de la calidad de vida objetiva, que suele medirse utilizando indicadores como disponibilidad de servicios sanitarios y sociales, posibilidades de acceso a la cultura, indicadores objetivos de salud, etc., la determinación de la calidad de vida en la vejez quedaría incompleta si no tuviéramos en cuenta la perspectiva subjetiva, esto es, la percepción que tiene el propio sujeto sobre distintos aspectos de su vida (Fernández-Ballesteros y Macía, 1993).

Por otra parte, al tiempo que se diferencia entre indicadores objetivos y subjetivos de calidad de vida, también encontramos que los elementos o dimensiones implicados hacen alusión bien a factores personales, bien a factores del contexto o socio-ambientales. Entre las dimensiones personales encontramos: la salud, las habilidades funcionales, las relaciones sociales, la satisfacción personal y las actividades de ocio, mientras que entre las dimensiones socio-ambientales se encuentran las condiciones económicas, la calidad del ambiente, los servicios sociales y de salud, los factores culturales y el apoyo social.

Algunos de los componentes implicados en la calidad de vida durante esta etapa de la vida y que han sido medidos en este estudio son los siguientes.

1.1. ESTADO GENERAL DE SALUD Y BIENESTAR SUBJETIVO

Una de las mayores preocupaciones, y así lo informan los propios mayores, es la referida a su estado de salud. Durante esta etapa de la vida aparecen enfermedades de distinta índole. Según las distintas Encuestas Nacionales de Salud, alrededor de un 55% de los varones mayores de 65 años y entorno a un 60,5% de las mujeres padece alguna enfermedad, generalmente de tipo crónico.

Pese a ello, el estado de salud percibido por los mayores no se corresponde exactamente con criterios de salud objetiva. La salud durante la vejez parece relacionarse más directamente con un sistema de creencias por el cual el tener una salud suficiente para tener un adecuado desenvolvimiento en la vida cotidiana sería decisivo para una autovaloración buena de la salud, sin menosprecio del deterioro que puedan producir ciertas enfermedades comunes en esta etapa de la vida.

Es por ello que resulta indispensable conocer la valoración subjetiva que hacen los mayores de su estado de salud, por considerarse un indicador de calidad de vida durante esta etapa.

Otro indicador de calidad de vida es el bienestar subjetivo, que se refiere a cómo se experimenta la propia vida, incluyendo para ello tanto juicios cognitivos como afectivos. Numerosos estudios han abordado la multidimensionalidad del concepto de bienestar subjetivo, llegando a la conclusión de que, al menos, están implicadas dos dimensiones o componentes: un componente cognitivo (satisfacción con la vida) y un componente afectivo (estado de ánimo).

1.2. HABILIDADES FUNCIONALES

Pese a que cada vez más se llega a la vejez con unas mejores expectativas de vida, también es verdad que el alargamiento de la misma propicia la aparición de enfermedades y discapacidades que merman las habilidades funcionales del anciano.

La discapacidad tiene como consecuencia una pérdida de autonomía funcional que afecta al desenvolvimiento del anciano para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, como el aseo personal, la manutención, el desplazamiento, la capacidad para mantener relaciones sociales, etc.

Entre el repertorio de conductas necesarias para un buen funcionamiento en la vida cotidiana se encuentran las habilidades básicas y las habilidades instrumentales. Las habilidades básicas se corresponden con aquellas necesarias para llevar a cabo actividades de autocuidado (alimentación, aseo, arreglo personal, desplazamiento, etc.), mientras que las instrumentales recogen un conjunto más complejo de habilidades que son necesarias para desarrollar una vida independiente (uso de transportes públicos, manejo de dinero, etc.).

La falta o merma en estas habilidades produce una dependencia funcional del anciano con respecto a su medio más inmediato para realizar actividades de la vida diaria que puede variar en distintos grados: desde el anciano que mantiene una autonomía e independencia total hasta el anciano totalmente dependiente.

1.3. RELACIONES SOCIALES Y APOYO SOCIAL

El contacto con los miembros de la familia, los amigos, vecinos, antiguos compañeros de trabajo, etc., proporciona al mayor una fuente importante de afecto y ayuda material, que está estrechamente relacionada con su salud, tanto física como mental, y de modo más general con su bienestar.

Si bien es verdad que durante la ancianidad se pueden producir cambios en el número de contactos sociales (la muerte de seres queridos, los cambios de residencia del anciano por motivos de salud, y el cese de la actividad laboral hacen que se produzca una disminución de las posibilidades de mantener al mismo nivel los contactos sociales que se han venido manteniendo durante la vida) esta pérdida de lazos sociales no significa necesariamente una pérdida total de relaciones sociales. Así lo muestran algunas investigaciones que señalan que pese a la disminución en el número de relaciones sociales, sobre todo a partir de los setenta años, el total abandono del anciano no es un hecho habitual.

2. OBJETIVOS

El estudio tiene entre sus objetivos generales analizar la calidad de vida de los mayores en la zona señalada y proponer líneas de actuación para mejorarla. Dado el espacio del que se dispone nos ceñiremos a exponer los resultados relativos a uno de los objetivos específicos, que es el siguiente:

- Describir la salud subjetiva (a través de la autopercepción de salud) y el bienestar subjetivo (a través de la satisfacción vital) de los mayores.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. DISEÑO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trata de una investigación de tipo transversal y con un método descriptivo. La población objeto de estudio está conformada por las personas de 65 años en adelante que viven en la zona que abarca el Centro de Salud «Los Rosales». Para determinar el tamaño de la población objeto de estudio se utilizaron datos proporcionados por el Observatorio Local de Empleo de Huelva, a través de los datos del Padrón, y en base a las demarcaciones por Zonas Básicas de Salud.

El sistema de muestreo empleado fue aleatorio simple para cada uno de los siguientes subgrupos de edad y en función del género : de 65 a 69 años, de 70 a 74 años, de 75 a 79 años, de 80 a 84 años y de 85 en adelante. Debido a dificultades de distinta índole, no se pudo alcanzar el número de personas que inicialmente estaba previsto, estando constituida la muestra final por 703 mayores.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD Y GÉNERO.

	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
65-59	67	111	178
70-74	87	120	207
75-79	58	82	140
80-84	41	63	104
85	20	54	74

TOTALES	273	430	703
---------	-----	-----	-----

3.2. INSTRUMENTOS

Para medir los distintos componentes de calidad de vida subjetiva anteriormente señalados se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Escala de Autovaloración de la Salud (EAS).

Escala de un solo ítem que permite conocer la valoración que hace el sujeto de su salud, en base a las siguientes categorías: excelente, buena, normal y pobre. La utilidad de esta escala ha sido informada en numerosos estudios con poblaciones de mayores.

- Índice de Satisfacción Vital (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961).

Evalúa el grado de satisfacción global del sujeto con su vida, de tal manera que aquellos que obtienen mayor puntuación presentan un mayor grado de satisfacción con la vida. Consta de veinte ítems y se responde de manera afirmativa o negativa.

También se ha utilizado una hoja de datos sociodemográficos, donde se ha recogido información sobre la edad, el género, el estado civil, el nivel educativo, el nivel de ingresos económicos mensuales, el lugar de residencia, y otras variables relevantes para el estudio.

3.3. PROCEDIMIENTO

La recogida de datos se llevó a cabo en el domicilio del mayor, por parte de personal específicamente formado y entrenado para ello. La participación de los mayores ha sido totalmente voluntaria, obteniéndose muy pocas negativas. Hubo un alto número de incidencias (debido a fallecimientos, traslados, etc.). En estos casos se recurrió a sujetos de reserva (con una edad comprendida en el mismo intervalo y del mismo género).

Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para Windows. Se han realizado análisis univariantes y bivariantes.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1. SATISFACCIÓN CON LA VIDA.

La media obtenida para toda la población mayor analizada es 10,12 (situándose en la zona intermedia de la escala) con una desviación típica de 3,68. Esta media es similar a la encontrada (10,34 con una desviación típica de 3,66) en otro estudio en el que se utilizó el mismo instrumento con población de mayores (Mendoza, 1996). Sin embargo, cuando analizamos la satisfacción con la vida en función de diversas variables sociodemográficas, encontramos diferencias estadísticamente significativas, en concreto en función del género, la edad, el estado civil, el nivel de estudios y los ingresos económicos mensuales del mayor.

MEDIAS EN SATISFACCIÓN VITAL EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Media	Valor p
Género		P= .0000
Hombres	10,96	
Mujeres	9,58	

Edad		P= .0006
65-69	11,14	
70-74	10,09	
75-79	9,48	
80-84	9,29	
85-	9,85	
Estado civil		P= .0000
Casado(a)	10,89	
Soltero(a)	9,29	
Viudo(a)	8,96	
Divorciado(a)/separado(a)	8,42	
Nivel de estudios		P= .0000
Analfabeto	8,04	
Sabe leer y escribir	10,38	
Estudios primarios completos	10,88	
Bachillerato	11,14	
Estudios universitarios	10,88	

Ingresos económicos del mayor		P= .0000
Hasta 240 euros	8,92	
240-360 euros	9,03	
361-480	9,52	
481-600	9,67	
601-720 euros	11,25	
Más de 720 euros	11,34	
<ul style="list-style-type: none"> • Los hombres están en general más satisfechos con sus vidas que las mujeres, situándose la media más de un punto por encima. • Con la edad disminuye la satisfacción con la vida, excepto en el último intervalo de edad contemplado (de 85 en adelante) donde se observa que la media es superior a la de los grupos de 75 a 79, y de 80 a 84 años. • Con respecto al estado civil los resultados muestran que los más satisfechos son los/as casados/as, seguidos de los/as solteros/as, la continuación los/as viudos/as, y por último los/as divorciados/as o separados/as. • En cuanto al nivel de estudios los más satisfechos con sus vidas son los que tienen un nivel formativo medio y alto, en concreto los que estudiaron Bachillerato (elemental o superior), situándose a continuación los que tienen estudios primarios completos, seguidos muy cercanamente por los que tienen estudios universitarios. A continuación se sitúan a 		

poca distancia los que cursaron algún año de estudio y que saben leer y escribir. Por último y a una distancia considerablemente mayor se sitúan aquellos que no cursaron ningún tipo de estudios y que se declaran analfabetos.

• Respecto a los ingresos económicos mensuales del mayor, exceptuando los que no perciben pensión alguna (sobretudo mujeres) y los que no quisieron contestar, se aprecia un aumento de la satisfacción con la vida conforme los ingresos económicos son mayores.

Nuestros resultados son concordantes con los de otros estudios que muestran que la satisfacción con la vida decrece con la edad y que los hombres se muestran más satisfechos que las mujeres. Por otra parte, la relación encontrada entre el estado civil y la satisfacción con la vida puede deberse a la presencia de la pareja y el apoyo que ésta brinda; de tal manera que los casados son los más satisfechos. Especialmente llamativo resulta el hecho de que el bienestar subjetivo de los mayores (medido a través de la satisfacción con la vida) esté fuertemente relacionado con condiciones materiales, esto es, por el nivel de ingresos mensuales del mayor y el nivel educativo. En distintos estudios realizados por todo el mundo sobre la calidad de vida de la población general no se han encontrado datos concluyentes acerca de la relación entre las condiciones materiales de vida (nivel de renta) y la calidad de vida. Sin embargo, para la población mayor sí se han encontrado resultados acerca de la relación entre calidad de vida y la posición social, en el sentido de que a mayor estatus mayor calidad de vida (Moreno y Ximénez, 1996).

4.2. AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD

La autopercepción de la salud es un indicador de calidad de vida subjetiva. Se les pidió a los mayores que valorasen ellos mismos su salud (en aquellos casos en que presentaban un buen funcionamiento cognitivo y estaban capacitados para responder) en cuatro categorías posibles: excelente, buena, regular y pobre. En el siguiente gráfico se presentan los resultados globales en cuanto a los porcentajes de mayores que valoran su salud de los distintos modos posibles. La categoría “no procede” se refiere a aquellos mayores que no pudieron contestar a esta pregunta (43 personas).

En aquellos casos en que no pudo contestar el mayor se le pidió al cuidador principal

que valorase la salud del mayor en las mismas categorías: excelente, buena, regular y pobre. Los resultados son los que se muestran en el siguiente gráfico.



encias en edad.

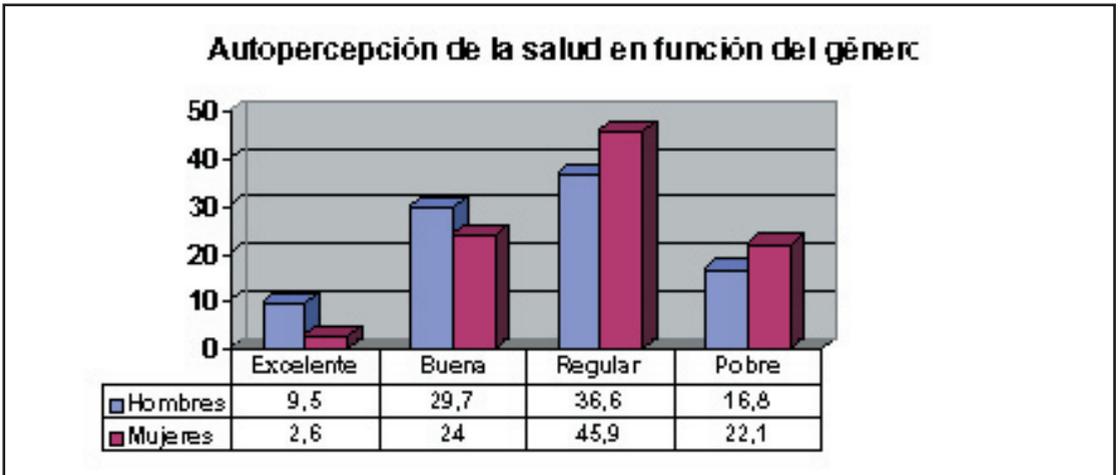
ificativas valoración que restan es que no



de mayor edad. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p = .0000$). En el siguiente cuadro se exponen los porcentajes de mayores que valoran su salud en cada categoría en función del intervalo de edad.

Autopercepción de salud de los mayores en función del intervalo de edad.

	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años		
85 en adelante						
Excelente	7,9%	6,3%	2,1%	2,9%	5,4%	
Buena	33,9%	26,6%	25,7%	22,1%	13,5%	Regular



a cabo las actividades de la vida diaria y por lo tanto llevar un estilo de vida independiente (Ernst y Ernst, 1984). Conforme pasan los años, esta posibilidad de vida independiente se reduce, apareciendo las dependencias para llevar a cabo las actividades cotidianas (este aspecto también ha sido estudiado, aunque por falta de espacio no será expuesto aquí).

5. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos podemos concluir que la satisfacción con la vida está fuertemente relacionada con variables sociodemográficas (como la edad, el género y el estado civil) y también con la posición social (nivel de renta y nivel educativo). Respecto a la autovaloración que hacen los mayores de su salud, ésta se encuentra relacionada con la edad (normalmente ligada a una pérdida de autonomía para desenvolverse en la vida cotidiana) y con el género (dándose en las mujeres una peor valoración de salud).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CSIC (2001): “La población mayor a comienzos del siglo XXI: Hacia una sociedad más mayor, hacia una vejez más anciana”, en Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Una previsión a 2010, Madrid, Fundación Pfizer.

ERNST, M. y ERNST, N.S. (1984): “Functional capacity”, en D.J. MANGERN y W.A. PETERSON (eds.): Research instruments in social gerontology, vol. 3 (Health, program evaluation and demography), Minneapolis, University of Minnesota Press; 9-84.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. y MACÍA, A. (1993): “Calidad de vida en la vejez”, en *Intervención Psicosocial*, vol. 2(5); 7-94.

MENDOZA, M.I. (1996). Recursos de apoyo social y bienestar en la Tercera Edad. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla.

MORENO, B. y XIIMÉNEZ, C. (1996): "Evaluación de la calidad de vida", en G. BUELA-CASAL, V.E. CABALLO y C.J. SIERRA (eds.): Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud, Madrid, Siglo XXI; 1045-1070.

NEUGARTEN, B.L.; HAVIGHURST, R.J. y TOBIN, S.A. (1961): "The measurement of life satisfaction", en *Journal of Gerontology*, 16; 134-143.

VERBRUGGE, L.M. (1983): "Women and men: mortality and health of older people", en M.W. RILEY, B.B. HESS y K. BOND (eds.): Aging in society: selected reviews of recent research. Hillsdale, NJ: Erlbaum.