

Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria

Montserrat Puig Llobet¹

Nuria Rodríguez Ávila²

Jaume Farràs Farràs²

Maria Teresa Lluch Canut³

Se objetivó detectar los elementos que participan en la Calidad de Vida (CV) de las personas mayores de 75 años que reciben cuidados domiciliarios. El diseño fue de un estudio de caso. La muestra del estudio la configuraron las personas con 75 años o más, atendidos por el servicio de Atención Domiciliaria del Área Básica de Vilafranca del Penedès (n=26). Las variables fueron: a) datos socio demográficos, b) concepto de CV; c) percepción de CV, d) motivos; e) satisfacción con la vida y aspectos relacionados; f) sentimiento de felicidad. Se aplicó la técnica de la entrevista cara a cara. El 76,9% presentó una buena percepción de CV y los principales elementos relacionados fueron la salud, las relaciones familiares y sociales y la adaptación. La teoría de los roles y la teoría de la desvinculación explican el proceso de adaptación de estos individuos en esa etapa de la vida.

Descriptores: Adaptación; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Calidad de Vida; Felicidad; Anciano; Satisfacción Personal.

¹ Doctora en Sociología. Profesora, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona, España. E-mail: monpuigllob@ub.edu.

² Doctora en Sociología. Profesora, Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones, Universidad de Barcelona, España. E-mail: Nuria: nrodriguez@ub.edu, Jaume: jaumejarras@ub.edu.

³ Doctora en Psicología. Catedrática de Enfermería Psicosocial y Salud Mental, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona, España. E-mail: tlluch@ub.edu.

Correspondencia:

Montserrat Puig Llobet

Departament Infermeria Salut Pública, Mental i Maternoinfantil

C/ Feixa Llarga, s/n. Despatx 307

Campus de Bellvitge

08907 Hospitalet de Llobregat - Spain

E-mail: monpuigllob@ub.edu

Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária

Objetivou-se detectar os elementos que participam da qualidade de vida (QV) das pessoas com 75 anos, ou mais que recebem cuidados domiciliários. O desenho foi de estudo de caso. A amostra do estudo foi configurada por pessoas com 75 anos, ou mais, atendidas pelo serviço de Atendimento Domiciliário da Área Básica de Vilafranca del Penedès (n=26). As variáveis foram: a) dados sociodemográficos, b) conceito de QV, c) percepção de QV, d) motivos, e) satisfação com a vida e aspectos relacionados e f) sentimento de felicidade. Aplicou-se a técnica da entrevista frente a frente. Do total, 76,9% apresentou boa percepção de QV e os principais elementos relacionados foram: saúde, relações familiares e sociais e adaptação. A teoria dos papéis e a teoria da desvinculação explicam o processo de adaptação desses indivíduos, nessa etapa da vida.

Descritores: Adaptação; Serviços de Assistência Domiciliar; Qualidade de Vida; Felicidade; Idoso; Satisfação Pessoal.

Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program

This case study identifies the elements that compose the Quality of Life (QoFL) of individuals who were 75 years old or older and receive care at home. The study's sample was composed of individuals 75 years or older cared for by a home health care service in the primary health care unit in Vilafranca del Penedès, Spain (n=26). The variables included: a) socio-demographic data; b) concept of QoFL; c) perception of QoFL; d) reasons for their perception; d) satisfaction with life and related aspects; and f) feeling of happiness. Face to face interviews were conducted. A total of 76.9% of the individuals reported a good perception of QoFL and the main reasons related to it were: health, family and social relationships, and the ability to adapt. Role Theory and Disengagement Theory explain the adaptation process of these individuals at this point in life.

Descriptors: Adaptation; Home Care Services; Quality Of Life; Happiness; Aged; Personal Satisfaction.

Introducción

El concepto de calidad de vida ha ido evolucionando en los últimos años, desde una concepción básicamente materialista, en la que primaban los aspectos objetivos de nivel de vida, pasando hacia una perspectiva donde los aspectos subjetivos constituyen el elemento fundamental. Estos planteamientos contienen un pensamiento que plantea si la calidad de vida debe referirse únicamente a que sea el sujeto quien determina cuáles son los elementos que intervienen en la "calidad de su vida", o bien si puede establecerse una calidad de vida general para todos los individuos. En la actualidad existe un cierto acuerdo en dar el carácter multidimensional al constructo, identificando tanto componentes objetivos como subjetivos⁽¹⁻²⁾. Si se intenta conceptualizar la calidad de vida en las

personas ancianas, la definición es aún más compleja. En los últimos años, el envejecimiento de la población ha fomentado el interés y la preocupación por la calidad de vida de las personas ancianas, aumentando el número de estudios destinados a ese colectivo⁽³⁻⁴⁾. En general, a las personas ancianas se les atribuyen unas determinadas características, tanto positivas como negativas, aunque las negativas muchas veces parecen tener más peso, hecho que contribuye a que los ancianos se sientan poco útiles en la sociedad⁽⁵⁾. Algunos de los estudios realizados sobre calidad de vida en la vejez, determinan diversos factores que las personas ancianas consideran importantes en su vida: salud, autonomía, factores psicológicos (soledad, personalidad, sentimientos de inutilidad que influyen en

la percepción del bienestar), entorno ambiental adecuado (vivienda, entorno social, servicios), factores sociales (aislamiento social), la autoestima y dignidad, así como la privación económica^(2,6). Observando que la percepción de la calidad de vida en los ancianos no suele ser del todo mala, y muchos se muestran bastantes felices y satisfechos con su vida actual^(2,4,7).

Para algunos autores, el sentir un alto bienestar subjetivo también se le denomina "felicidad". De este modo se entiende que una persona tiene un alto bienestar subjetivo cuando está satisfecha con su vida y la vive de forma positiva. En cambio, una persona con un bienestar subjetivo bajo está insatisfecha con la vida, y vive las emociones negativas con ansiedad y/o depresión⁽⁸⁾. Lo cierto, es que en el envejecimiento es esperado que aumenten las enfermedades crónicas y que existan menos redes sociales, de forma que las estrategias que se utilizan en esta etapa de la vida para enfrentarlas, contribuyen a que se perciba una mejor o peor calidad de vida en la vejez. Si ubicamos esta perspectiva desde la Sociología, podría enmarcarse en la Teoría del Rol⁽⁹⁾, que pone de manifiesto como la adaptación del anciano a su situación y a su posición social está relacionada con la percepción de felicidad y de calidad de vida. Los individuos se comportan en relación a ellos mismos según esquemas predecibles y coherentes, que son los llamados roles sociales. De esta forma el anciano asume el rol de dependiente aceptando lo que ello implica en la sociedad en la que vive. Dentro de las teorías sociales del envejecimiento, se encuentra bajo esta perspectiva, la Teoría de la Desvinculación⁽¹⁰⁾. Esta teoría refleja que la persona anciana se aleja poco a poco de la vida social, y percibe que la sociedad le ofrece también cada vez menos posibilidades. Plantea asimismo que conforme las personas se acercan al final de la vida, mayor es el distanciamiento entre los ancianos y su medio. Nuestra hipótesis de estudio está basada en que la adaptación de la persona a su rol de anciano y también a su rol de enfermo crónico, puede favorecer que este perciba una correcta o buena calidad de vida, teniendo en cuenta que, por su edad y enfermedad, no está del todo mal, de forma que no identifica como necesarios aspectos importantes y relevantes, como son

las relaciones sociales. Los profesionales de enfermería del servicio ATDOM pueden identificar las necesidades de los ancianos y aplicar los cuidados necesarios en el mismo ámbito domiciliario. Partiendo de esta hipótesis, nuestra pregunta de investigación es identificar qué elementos participan en la calidad de vida de las personas con edad de 75 años o más, atendidos por el servicio domiciliario ATDOM.

Metodología

El diseño que utilizamos fue a través del estudio de caso. Los marcos teóricos en los cual nos basamos fueron la teoría del rol y la teoría de la desvinculación. El caso que analizamos fue el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) que se realiza en el Área Básica de Salud de *Vilafranca del Penedès*. La población de estudio fueron los mayores de 75 años atendidos por el servicio de ATDOM, elegida por ser el colectivo que presenta más dependencia y necesidades de cuidado. Para poder acceder a la muestra, se obtuvo consentimiento por parte del máximo organismo de salud que existe en la Comunidad Autónoma de Cataluña, el Instituto Catalán de Salud (ICS), que concedió el permiso al Centro de Atención Primaria de *l'Alt Penedès*, para que se pudiera realizar el estudio. Se destaca que no hizo falta ningún permiso de la comisión ética del centro de salud y del Instituto Catalán de Salud, pues al no realizar ensayos clínicos o intervenciones éste no fue necesario.

Para establecer la muestra de estudio, se tuvo en cuenta en primer lugar la distribución de la población de personas con 75 años o más, de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*. En segundo lugar, se procedió a elegir 10% de la población total de la base de datos del servicio ATDOM, tratando de mantener al máximo la estructura de la base y que estuviesen representados todos los estratos (por grupo de edad y género), manteniendo el peso equivalente a la estructura de la población ATDOM de *Vilafranca de Penedès* (ver Tabla 1). Esta clasificación se asemeja a la distribución de la población de *Vilafranca*, sin embargo, se subraya que no es un muestreo representativo y no pueden extrapolarse los resultados.

Tabla 1 - Población de sujetos con 75 años o más, de la base ATDOM de *Vilafranca del Penedès* (España, 2006) (valores absolutos y relativos)

Edad	Población dependiente lista ATDOM					
	Valores absolutos			Valores relativos %		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
75-79	29	36	65	11.9	14.8	26.7
80-84	19	43	62	7.8	17.6	25.4
85-89	23	34	57	9.4	13.9	23.3
90-94	18	23	41	7.4	9.4	16.8
95 y más	5	14	19	2.0	5.7	7.7
75 y más años	94	150	244	38.5	61.5	100

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Edad	Muestra de entrevistas a realizar					
	Valores absolutos			Valores relativos %		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
75-79	4	4	8	15.3	15.3	30.6
80-84	2	4	6	7.6	15.3	22.9
85-89	2	4	6	7.6	15.3	22.9
90-94	1	2	3	3.8	7.6	11.4
95 y más	1	2	3	3.8	7.6	11.4
75 y más años	10	16	26	38.5	61.5	100

Los criterios de selección de la muestra fueron: vivir en la ciudad de *Vilafranca del Penedès*, tener 75 años o más y estar inscritos en el programa ATDOM (Atención domiciliaria). La selección de las unidades del muestreo, a partir de la lista ATDOM, se llevó a cabo siguiendo los criterios del muestreo sistemático, seleccionando al azar las personas entrevistadas, separando hombres y mujeres. El número de entrevistas a mujeres fue mayor para mantener la misma proporción que en la base total del servicio ATDOM. Las variables estudiadas fueron: a) datos socio demográficos, b) definición de calidad de vida; c) percepción de calidad de vida; d) motivos de la percepción actual; e) satisfacción con la vida actual y aspectos relacionados; f) sentimiento de felicidad. En

relación a la técnica elegida fue la entrevista personal (cara a cara), realizada en el domicilio de la persona anciana, y grabada con permiso del entrevistado. Las entrevistas se realizaron previa cita telefónica a partir de los datos proporcionados por las enfermeras del servicio ATDOM. El instrumento utilizado fue un cuestionario con preguntas socio demográficas, cuatro preguntas abiertas y tres preguntas tipo escala de Likert. Para elaborar el cuestionario se tuvo en cuenta preguntas validadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas⁽⁷⁾ y por la Organización Mundial de la Salud⁽¹¹⁾ (ver Figura 1). Se realizó una prueba piloto antes de realizar las entrevistas a los 26 ancianos del estudio.

Preguntas	Ítems
Datos socio demográficos	Sexo, edad, estado civil, situación familiar, tipo de pensión, nivel de estudios.
¿Cómo definiría calidad de vida?	-
¿Cómo evalúa la calidad de vida que tiene usted actualmente?	1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala
Díganos los motivos relacionados con la calidad de vida.	-
¿Podría decirnos el grado de satisfacción con la vida que tiene actualmente?	1. Muy satisfecho 2. Bastante satisfecho 3. Bastante insatisfecho 4. Muy insatisfecho. 5. No contesta.
Aspectos relacionados	-
Respecto al sentimiento de felicidad: ¿Cómo ve su situación actual?	1. Muy feliz 2. Bastante feliz 3. Poco feliz 4. Nada feliz 5. No contesta.
¿Qué aspectos le producen más satisfacción en este momento?	-----

Figura 1- Cuestionario utilizado

El tiempo estimado de aplicación de la entrevista fue aproximadamente de 30 minutos por persona. Además, se aplicó en el momento de recoger la información el criterio de triangulación, para reducir el sesgo potencial que podría provenir de una sola persona. Dichas entrevistas se realizaron en 2007*. Se analizaron los datos a partir del análisis de contenido y agrupación por categorías en las preguntas cualitativas.

Resultados

En relación a la muestra de personas con 75 años o más, se encontró que los entrevistados fueron un total de

26 personas, con un promedio de edad de 84,5 años (una desviación estándar de 6,1). Las mujeres representaban un 61,5%, situación que se explica por la mayor esperanza de vida que alcanzan las mujeres y por tener más predisposición a padecer enfermedades crónicas durante la vejez. Dichos resultados son comparables a la población anciana de *Vilafranca del Penedès* y a otras poblaciones catalanas y españolas, donde las mujeres de edad avanzada necesitan cuidados informales. En relación al estado civil, 46,2% eran casados, 38,5 viudos/as y 15,3% solteros. Se observó que las personas ancianas sin dependencia vivían solas, mientras que las personas

* Estas entrevistas son parte del trabajo de campo de la Tesis doctoral de Montserrat Puig: "Cuidados y Calidad de vida en *Vilafranca del Penedès*: Los mayores de 75 años o más, atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores familiares", defendida el 23 marzo de 2009.

con dependencia vivían con sus familiares más próximos. En lo que se refiere a identificar si tenían descendencia, se observó que 84,6% de los ancianos entrevistados tenían hijos, situación que ayuda a evitar la soledad y la falta de omisión de cuidados al anciano dependiente. En cuanto a la cuantía de la pensión que recibían los ancianos, ésta se situaba entre los 300 y 600 euros al mes. El nivel de estudios era bajo, pues más de la mitad no tenía estudios.

A los mayores de 75 años o más, les resultó difícil y complicado encontrar una definición de calidad de vida. Parte de la dificultad se debió a la complicación que existe en la definición del constructo. Entre las respuestas realizadas por los ancianos entrevistados, se determina que definen el estado de salud como elemento necesario en la calidad de vida. Sin embargo, mientras unos destacan la salud como el único factor, otros la incorporan junto a otros conceptos como tener autonomía, tener compañía, tener ayuda en la vida diaria, adaptarse a la situación actual o tener dinero y amor. Las personas ancianas determinaron la salud como único elemento que participa en la calidad de vida: *Tener salud es lo más importante* (E.01, E.06, E.15, E.16, E.17, E.18). Los personas ancianas manifestaron que aunque la salud es un elemento importante, no es el único y lo definen junto con otros conceptos, tales como el sentirse acompañado, el tener dinero o ayuda, tal como se muestra en las siguientes declaraciones: *Me cuesta decirlo, a lo mejor tener más dinero (para arreglo, ropas) pero la salud, la salud es lo principal de todo* (E.03), *Tener salud y autonomía* (E.09, E.10), *Tener salud, poder caminar* (E.08), *Tener salud y dinero* (E.12), *Tener salud y adaptarse* (E.20), *Tener salud y compañía* (E.21, E.24), *Tener salud y ayuda* (E.23), *Tener 50 años menos, ser más joven y poder trabajar (risas), me gustaría llevar un camión de basura. Que toda la familia tenga salud* (E.13), *Estar acompañada, no estar sola* (E.02). Otro elemento que destacado por los ancianos fue el amor, el cariño y el sentirse querido. Aunque algunas definiciones lo incorporan como dice el refrán de la canción: *Salud, dinero y amor* (E.05, E.19), también lo destacaban como elemento importante las siguientes definiciones: *Tener amor* (E.26), *Tener amor, cariño y buenas relaciones, únicamente* (E.22). Las relaciones familiares son otro elemento destacado por los ancianos, así como llevarse bien con la familia, lo cual se refleja en respuestas como: *Vivir bien en casa, tener buenas relaciones* (E.04), *Buenas relaciones con la familia* (E.14), *Autorrealización, porque quería ser cantante y no me dejaron y tener mejores relaciones* (E.11).

La adaptación es muy importante para conseguir el bienestar, y teniendo en cuenta que durante la vejez se produce un deterioro, es en esta etapa de la vida cuando adaptarse a las nuevas limitaciones exige un gran esfuerzo. La posición o rol social como anciano facilita dicha

adaptación. Para los ancianos es importante adaptarse y conformarse con la situación actual, tal y como se observa en las siguientes afirmaciones: *Conformarte* (E.07), *Tener salud y adaptarse* (E.20).

La vida social es necesaria para sentirse bien y evitar el aislamiento, como se observa en la siguiente definición, en la cual el anciano ansia tener vida social, salir de casa y realizar actividades de ocio: *No lo sé, mi vida es aburrida, mi vida ha sido del trabajo a la casa. Hace años que no salgo, hace años que no voy al cine, estoy en casa siempre* (E.25). Se señala que ser autónomo e independiente son elementos necesarios en la percepción de una adecuada calidad de vida, aunque la adaptación y la ayuda material y emocional prestada influyen en su evaluación. Asimismo, otros elementos mencionados por los ancianos, respecto a tener una buena calidad de vida fueron: tener relaciones sociales, tener compañía, sentirse querido y mantener buenas relaciones. Respecto a la percepción de la calidad de vida en los mayores de 75 años o más, con dependencia, la mayoría expresaron tener una buena calidad de vida, siendo únicamente dos personas ancianas las que dijeron tener una mala calidad de vida (ver Tabla 2). Destacamos que nadie expresó tener malas relaciones con sus familiares, ya sea porqué se ocultaban o porqué no es bien visto informar este tipo de problemas. En cambio, se observó una posible relación entre no tener relaciones sociales y percibir una peor calidad de vida, pues aunque los ancianos asumieron que por su edad y limitaciones, no podían salir de casa, si les gustaría poder relacionarse con gente de su edad. Respecto a relacionar la percepción de calidad de vida y el estado de salud, se observó que de las catorce personas entrevistadas que percibían un estado de salud regular, sólo dos personas percibieron una calidad de vida regular, por lo que parece indicar que la salud no es el único elemento determinante en la percepción de la calidad de vida de los ancianos entrevistados.

Tabla 2 - Percepción de calidad de vida de las personas ancianas dependientes

Percepción	% (n=26)
Buena	76,9
Mala	7,7
Regular	15,4
Total	100

Fuente: Elaboración propia "Estudio Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedès, 2007"

Los motivos que expresaron los ancianos cuando se les preguntó por qué valoraban su calidad de vida de forma positiva o negativa fueron diversos. Las respuestas más frecuentes relacionadas con percibir una buena calidad de vida fueron: principalmente por adaptarse a la situación, pues por su edad y enfermedad, no podían

esperar nada más, de forma que esto confirmaría la relación entre asumir el rol de enfermo y el rol de anciano con la percepción de un determinada calidad de vida. Le sigue el tener recursos, tener salud, tener amor, tener autonomía y estar bien atendidos por los familiares, los cuales se reflejan en las siguientes entrevistas: Estar adaptados a la situación actual: *Buena, me he adaptado a no poder caminar, a no bajar las escaleras* (E.07), *Buena, porque me adapto a las necesidades* (E.08), *Buena, estoy bien por la edad que tengo y estoy cuidada* (E.12), *Buena, estoy bien por la edad que tengo, no puedo pedir más* (E.13), *Buena, adaptada a la situación, leo mucho* (E.16), *Buena, porque a mi edad, tengo un poco de salud, dinero y amor* (E.19). *Buena, uno tiene que adaptarse a las circunstancias, vaya creo que es así* (E.26). *Tener recursos y medios adecuados a sus necesidades: Buena, porque no me falta de nada, entre unos y otros me ayudan* (E.04), *Buena, porque no me falta nada, tengo recursos y salud, puedo comprar lo que quiero* (E.05), *Buena, porque tengo todo lo que quiero, aunque no mucha salud* (E.11), *Buena, no me falta nada* (E.14), *Buena, porque no me falta nada, tengo todo lo que necesito, la verdad es que me gustaría caminar* (E.20).

Encontrase más o menos bien de salud, adaptándose a sus enfermedades crónicas: *Buena, porque tengo salud y compañía* (E.02), *Yo me siento bien, es buena* (E.03), *Buena, ahora sí, me encontraba mal antes, pero ahora bien, pensaba mal, estaba asustada* (E.15), *Buena, porque me encuentro bien* (E.24).

Sentirse querido y tener apoyo familiar: *Buena, porque en casa hay amor* (E.01), *Buena, porque me encuentro apoyado por todos los hijos* (E.22), *Buena, porque estoy cuidado* (E.23). *Autonomía: Buena, porque puedo valerme por mi misma* (E.10). Los elementos relacionados con tener una mala o regular percepción de calidad de vida: la pérdida de autonomía y salud, la soledad y la aceptación, tal y como se observa en las siguientes respuestas.

Pérdida de autonomía y salud: *Regular y limitada, me gustaría hacer más cosas* (E.17), *Mala, porque tengo mala salud y soy dependiente* (E.18), *Regular, me encuentro mal, ni buena ni mala* (E.25), *Mala, porque no tengo salud. Antes cuando iba a trabajar salía más* (E.06). *Soledad: Regular, me siento sólo, la mujer no me conoce (está triste)* (E.21). *Aceptación: Regular, pero lo acepto con la edad que tengo* (E.09). En relación a la variable que identifica la satisfacción con la vida actual, los resultados mostraron que 69,2% de los ancianos estaban bastantes satisfechos, 15,4% muy satisfecho, 15,4% bastante insatisfecho, y ningún anciano se sentía muy insatisfecho. En relación a los ancianos que expresaron estar muy satisfechos con la vida actual, se destacan como motivos de satisfacción: *la adaptación y el cariño de los hijos*. Respecto a las personas ancianas que expresaron sentirse bastante satisfechas, fue por los siguientes motivos: *adaptación, falta de salud, autorrealización,*

tener dinero, adaptación y resignación. Las personas que declararon estar bastante insatisfechas fueron por *falta de salud, resignación y tristeza*.

En cuanto a la percepción de la felicidad, se observó que la respuesta más frecuente realizada por los ancianos fue la de bastante feliz con un 57,7%, 11,5% se mostraba muy feliz y 30,8% poco feliz. Algunas de las personas opinaron ser bastante felices por estar contentos con los hijos, la salud de la familia y la adaptación a las circunstancias. La ausencia de felicidad la asociaban a: la pérdida de familiares, a tener la familia con mala salud, a tener pocos recursos o por no poder visitar a familiares que viven lejos. En cuanto a la variable que determina cuáles son los aspectos más satisfactorios en la vida actual del anciano, los resultados mostraron los siguientes: estar con la familia, tener compañía, estar en casa y/o pasear, sentirse cuidado y también no hacer nada en especial. Algunas de las respuestas reflejaron a la familia como uno de los aspectos que mayor satisfacción produce a los ancianos.

Discusión

En las definiciones y percepciones de calidad de vida realizadas por los ancianos, el tener salud es uno de los elementos que refieren con más frecuencia, siendo varios los estudios que destacan la importancia de la salud en la evaluación de la calidad de vida^(7,12-14).

Sin embargo, la salud no es el único elemento, también le dan valor: a las buenas relaciones, al adaptarse, al sentirse querido y acompañado por la familia, al tener dinero, al disponer de ayuda y de recursos, y al tener vida social. En el estudio de la Fundación *Viure i Convivre*⁽⁴⁾ el tener capacidad económica, el tener buenas relaciones socio familiares y el tener un buen estado de salud fueron los tres factores más importantes que favorecen una mejor calidad de vida en los ancianos entrevistados. En este mismo estudio, se describe que en la ciudad de Barcelona y comarcas centrales como la de *l'Alt Penedès* los ancianos perciben mejor calidad de vida que en las poblaciones de *Camp de Tarragona* y las *Tierras de l'Ebre*. Siendo el *Alt Penedès* una de la comarcas de *Catalunya* en donde los ancianos perciben una mejor calidad de vida. En otro estudio⁽⁶⁾, las cinco dimensiones más nombradas por los ancianos en relación a su calidad de vida fueron: la salud, la familia, la situación económica, la red social, las actividades de ocio y el tiempo libre. Nuestro estudio coincide con lo descrito en las líneas anteriores, al relacionar la calidad de vida desde una perspectiva positiva con tener buena salud y las buenas relaciones familiares, y desde una perspectiva negativa con tener mala salud.

En un estudio realizado en cinco países de la Unión Europea, se observó que respecto al concepto de calidad de vida y evaluación las conclusiones fueron similares en cinco países (Alemania, Italia, Países Bajos, Reino Unido y Suecia), con la excepción parcial de Italia. Las diferencias fueron respecto a las condiciones de vida "objetivas y subjetivas", así como la importancia de la salud y el bienestar subjetivo para la calidad de vida. En los Países Bajos, la mayor parte de la población estudiada se mostraba satisfecha con su vida, aunque esta proporción disminuía con la edad. Sin embargo, en Alemania, los resultados fueron contradictorios; mientras algunos expresaban que la calidad de vida aumenta con la edad, otros indicaban lo contrario. En el Reino Unido, los datos también mostraban elevados índices de satisfacción con la vida en las personas ancianas. En Italia, son las relaciones familiares lo más importante para los ancianos, mientras que en Suecia, se observó, por un lado la importancia del análisis biográfico para mostrar el sentido de la vejez en relación con el resto de la vida, y por otro que el grado de satisfacción en la vejez está relacionado con la salud subjetiva, las relaciones sociales, la participación en actividades placenteras y la personalidad extrovertida y estable, apareciendo la personalidad como el principal determinante del bienestar⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Otro estudio realizado en el centro oeste de Brasil se observó que además de la salud, el apoyo, las relaciones y la convivencia con la familia son elementos que preocupan a los ancianos⁽¹⁸⁾. Al preguntarles a los ancianos cómo determinan la calidad de vida actual, la adaptación a la situación actual tiene un peso importante en las respuestas. De forma que la capacidad de adaptación a las circunstancias y el rol social que ocupan es un elemento importante que debe considerarse en la satisfacción con la vida y en la evaluación de la calidad de vida de los ancianos, de forma que la teoría de roles y de la teoría de la desvinculación explicaría en parte los resultados. Otros autores también relacionan la adaptación con la percepción de una buena percepción de la calidad de vida. La substitución de unos objetivos por otros más realistas ayudan a tener un mayor control de la situación⁽¹⁹⁻²¹⁾.

En nuestro estudio, observamos que las mujeres (87%) perciben mejor calidad de vida que los hombres (60%), sin embargo la existencia de más mujeres en la muestra puede producir sesgos en dichos resultados. Así en otro estudio, se muestra lo contrario, es decir, son los hombres los que generalmente perciben mejor calidad de vida⁽⁶⁾. En relación a la percepción de felicidad, se observó que una parte importante de ancianos, se mostraba bastante feliz, y lo relacionaban con estar contentos con los hijos, la salud de la familia y la adaptación a las

circunstancias y a la edad. En general, los entrevistados estaban bastante satisfechos con su vida actual y con su vida familiar, aunque les gustaría poder ser más autónomos. Dichos resultados también se han identificado en otros estudios^(6,10,17).

Conocer las necesidades de los ancianos, el apoyo demandado y la satisfacción del anciano con su vida y su entorno, es útil para que los servicios, los profesionales y las políticas públicas puedan ofrecer la ayuda necesaria a este grupo de edad⁽²²⁾.

Consideraciones finales

Los profesionales de enfermería pueden identificar necesidades en las personas ancianas que atienden, teniendo en cuenta que muchas veces no se identifica o da importancia a las carencias o necesidades de este colectivo, por pensar que determinadas situaciones ya son normales en la vejez.

Aunque se trata de una muestra pequeña y no se pueda extrapolar los resultados a toda la población de 75 años o más, de la ciudad de *Vilafranca del Penedès*, pensamos que dicho estudio tiene validez tanto por las características de la muestra, como por el análisis en profundidad de la temática estudiada. Por ello, pensamos que en futuras investigaciones deberá darse importancia a los mecanismos y al nivel de adaptación de los ancianos en nuevos contextos sociales, siendo necesario estudiar las dimensiones que influyen en la percepción de calidad de vida de este grupo de edad, para comprender que necesidades están implicadas en la satisfacción con la vida de las personas ancianas, sobre todo en caso de dependencia. Entre ellas considerar como se puede mejorar la vida social de estas personas, que a pesar de no reclamar más compañía y vida social, si reconocen que les gustaría relacionarse con gente de su edad.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas ancianas entrevistadas, al personal de enfermería del servicio ATDOM del Área Básica de Salud de Vilafranca del Penedès y a la Obra Social de Caixa Penedès por financiar el estudio.

Referencias


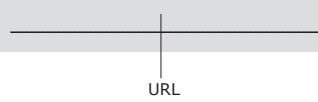
1. Pérez A. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. [tesis doctoral]. Salamanca: Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca; 2006. 90 p.
2. Fernández-Mayoralas G, Rojo F, Prieto ME, León B, Martínez P, Forjaz J, et al. El significado de la salud en la

- calidad de vida de los mayores. 2007. [acceso 1 jul 2009]. Disponible en: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralassignificado-01.pdf>
3. Castellón A, Romero V. Autopercepción de la calidad de vida. *Rev Multidisciplinar Gerontol.* 2004;14(3):131-7.
 4. Fundació Viure i Conviure. Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya. Barcelona: Caixa Catalunya-Obra Social; 2006.
 5. Moragas R. *Gerontología Social.* Barcelona: Herder; 1998. 304 p
 6. Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Forjaz MJ, Delgado-Sanz MC, Ahmed-Mohamed K, Martínez-Martín P, et al. Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. 127 p.
 7. Sastre MJ, Nyssen JM, Furio D, Durán MC, Garrido B, Toledo A, et al. Indicadores de calidad de vida. Un retrato del bienestar en España. Opiniones y actitudes. 47. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2003. 176 p.
 8. Zamarrón MD. El bienestar subjetivo en la vejez. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO; 2006. [acceso 17 jul 2009]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarronbienestar-pdf>.
 9. Parsons T. *El sistema Social.* Madrid: Alianza; 1999. 126 p.
 10. Cummings E, Henry W. *Growing old: The process of disengagement.* New York: Basic Books; 1961. 263 p.
 11. Lucas R. 1998. La Versión Española del WHOQOL. Barcelona: Ediciones Ergón; 1998.
 12. Fernández-Ballesteros R. Calidad de vida ¿es un concepto psicológico? *Rev Española Geriatr Gerontol.* 2004;39(3):18-22.
 13. Fry P. ¿Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it? *Int J Aging Human Develop.* 2000;50:361-83.
 14. Yanguas JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: IMSERSO; 2006. 335 p.
 15. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Human Develop.* 2003;56(4):269-306.
 16. Walker A. Calidad de vida de las personas mayores. Análisis comparativo europeo. *Rev Española Geriatr Gerontol.* 2004;39(3):8-17.
 17. Polonio, López, B. Factores predictores de la calidad de vida en ancianos que utilizan recursos asistenciales especializados. (tesis doctoral). Castilla La Mancha: Ediciones de la universidad castilla la mancha, Universidad de Castilla-La Mancha. Departamento de Psicología; 2007.
 18. Silva MG, Boemer MR. The experience of aging: a phenomenological perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(3):380-6.
 19. Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Forjaz MJ, Delgado-Sanz MC, Ahmed-Mohamed K, Martínez-Martín P, et al. Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. 127 p.
 20. Diener E. Subjective well-being: *The science of happiness, and a proposal for a national index.* *Am Psychol.* 2000;55:34-43.
 21. Molina C, Meléndez Moral J.C, Navarro E. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales Psicol.* 2008;24(2):312-9.
 22. Halvorsrud L, Kirkevold M, Diseth Å, Kalfoss M. Quality of life model: predictors of quality of life among sick older adults. *Res Theory Nurs Practice.* 2010;24(4):241-59.

Recibido: 25.9.2010

Aceptado: 17.3.2011

Como citar este artículo:

Llobet MP, Ávila NR, Farràs Farràs J, Canut MTL. Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* mayo-jun. 2011 [acceso: ];19(3):[08 pantallas]. Disponible en: 

día
año
mes abreviado con punto

URL