

# Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos sociosanitarios por personas mayores no institucionalizadas

M. Carmen Ricoy Lorenzo<sup>a</sup> y Margarita R. Pino Juste<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Vigo. Ourense. España.

<sup>b</sup>Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte. Universidad de Vigo. Vigo (Pontevedra). España.

**Objetivo:** describir la percepción de la calidad de vida y la utilización que un colectivo de personas mayores hace de los recursos sociosanitarios, como punto de partida para posteriormente diseñar e implementar un programa de educación para la salud en el contexto gallego.

**Material y métodos:** el estudio se llevó a cabo con 407 sujetos no institucionalizados que acudieron a la consulta en 17 centros de salud de atención primaria del sur de Galicia. La investigación se aborda desde un enfoque descriptivo-interpretativo y los resultados obtenidos provienen de la información obtenida con la escala de calidad de vida SF-12 y un cuestionario confeccionado ad hoc.

**Resultados:** las personas mayores tienen una percepción más favorable sobre su calidad de vida cuanto más jóvenes, si están casadas, disponen de un nivel socioeconómico y de estudios comfortable, son varones o no presentan afecciones importantes. El colectivo estudiado utiliza con mayor asiduidad algunos de los recursos sociosanitarios del entorno como el centro de salud y la farmacia o de proximidad como la iglesia.

**Conclusiones:** los resultados obtenidos con este trabajo son útiles para abordar el diseño y desarrollo de un programa de educación para la salud con personas mayores, permitiéndonos partir de las siguientes evidencias: la mayoría de los participantes presentan una imagen positiva sobre su calidad de vida que se aminora con la edad; este colectivo emplea con diferente intensidad y continuidad los recursos sociosanitarios del entorno y su acceso se reduce en el contexto rural.

## Palabras clave

Calidad de vida. Evaluación de necesidades. Recursos sociosanitarios. Educación gerontológica.

El estudio aquí recogido fue posible gracias al desarrollo de un proyecto de investigación (Ref.: HP2005-0086, subvencionado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología español), focalizado hacia el diseño y desarrollo de programas de educación gerontológica, con el objeto de mejorar la calidad de vida.

Correspondencia: Dra. C. Ricoy.

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Vigo.

Avda. Castelao, s/n. 32004 Ourense. España.

Correo electrónico: cricoy@uvigo.es

Recibido el 8-1-2008; aceptado el 13-5-2008.

## Perception of quality of life and the use of social welfare resources for the elderly in non-institutionalized elders

**Objective:** to determine quality of life and resource use by a group of elderly people as a starting point for the subsequent design and implementation of a health education program in the autonomous region of Galicia (Spain).

**Material and methods:** this study was carried out in 407 non-institutionalized elderly persons attending 17 walk-in primary care health centers in the south of Galicia. A descriptive-interpretative approach was used and the results were obtained from the SF-12 quality of life scale and an *ad hoc* questionnaire.

**Results:** factors related to a more favorable perception of quality of life were younger age, being married, having a comfortable socioeconomic position and educational level, male sex, and not having serious diseases. The group studied used some of the nearby social and health resources available in the community, such as the health center, pharmacy office, and the church, more frequently than others.

**Conclusions:** the results obtained are useful to approach the design and development of a health education program for the elderly, based on the following evidence: most participants had a positive view of their quality of life that decreased with age; the intensity and continuity of health resource use differed in this group and access to these resources diminished in rural areas.

## Key words

Quality of life. Needs assessment. Social welfare resources. Gerontological education.

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de necesidades, en el pasado, se realizaba a partir del análisis de las principales causas de defunción y de las enfermedades más frecuentes en un grupo poblacional determinado<sup>1</sup>. Actualmente es necesario, además de valorar la morbimortalidad, tener en cuenta las enfermedades crónicas de la población adulta mayor, ya que pueden producir trastornos en la capacidad de vivir de for-

ma independiente y autónoma<sup>2,3</sup>, lo que determina en buena medida su calidad de vida<sup>4</sup>.

El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de vida y el uso de los recursos sociosanitarios de un colectivo de mayores no institucionalizados, como un punto de partida para posteriormente diseñar e implementar un programa de educación para la salud en el contexto gallego.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de investigación utilizado en este trabajo es de corte transversal. Hemos optado por el empleo de la escala de calidad de vida SF-12<sup>5,6</sup>, aunque existen distintos instrumentos para medir la calidad de vida en población adulta.

Para comprobar la fiabilidad de la escala SF-12 se utilizó la prueba  $\alpha$  de Cronbach y se evaluó la consistencia interna que ofrece una puntuación de 0,79 para la dimensión física y 0,86 para la mental. Los coeficientes de correlación de cada ítem con la subescala correspondiente varían entre 0,59 y 0,89. Consideramos estos resultados pertinentes porque proponen algunos criterios estadísticos para inferir la fiabilidad y validez en medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)<sup>7</sup>.

Para conocer los servicios sociales y de salud existentes en el entorno se confeccionó inicialmente un registro de recursos sometido al juicio de expertos para comprobar la validez de contenido<sup>7</sup>. Sobre este listado, se le preguntó a los sujetos participantes, con el objeto de saber tanto si los conocían como si en esos momentos eran usuarios de éstos. La información sobre la utilización que realiza el colectivo de los recursos sociosanitarios se recogió con un cuestionario elaborado ad hoc.

El estudio empírico amplio fue precedido de una prueba piloto en un centro de salud en la que participaron 52 personas mayores de 65 años, con el fin de comprobar el tiempo que requiere la toma de datos y la adecuación de los instrumentos para que sean comprendidos por todos los encuestados. En una fase posterior, la toma de datos del estudio abarcó desde octubre de 2006 hasta febrero de 2007.

### Participantes

La investigación se realizó con 407 sujetos mayores de 65 años que acudían a 17 centros de salud de atención primaria del sur de Galicia (de las provincias de Ourense y Pontevedra). El muestreo se realizó al azar y teniendo en cuenta que estuviesen representadas las localidades del entorno rural y urbano.

Los pacientes se eligieron del listado de citas de los médicos de familia que habían aceptado colaborar en el estudio. Estos participantes se seleccionaron teniendo en cuenta ambos sexos en personas mayores de 65 años, que acudiesen a consulta médica y que aceptasen colaborar en

**Tabla 1.** Diagnóstico clínico de los participantes

Diagnóstico	Porcentaje
Hipercolesterolemia	85,3
Diabetes	82,6
Hipertensión	67,3
Artrosis/artritis	54,3
Obesidad	7,1
Tabaquismo	6,6
Cardiopatías	4,9
Asma	2,0
Alcoholismo	1,5
Depresión	1,5
Prostatismo	1,2

el estudio informando su consentimiento. Como criterios de exclusión se señaló a los pacientes de los que no se disponía de datos en su historial clínico y que presentasen un diagnóstico de deterioro cognitivo moderado o severo que imposibilitara la valoración de la escala de medida.

La muestra quedó constituida por el 53,2% de los participantes pertenecientes a la provincia de Ourense y el 46,8% a la de Pontevedra. El 42,1% vive en la ciudad de Vigo, Pontevedra u Ourense y el resto (57,9%) en sus zonas rurales. El 39,5% del colectivo son varones y el 60,5% mujeres; su media de edad es de 75,76 años.

Con respecto al estado civil de los participantes: el 45,7% están casados, el 44,7% son viudos, el 6,9% solteros y se está separado un 2,5%. De estas personas mayores, el 43% vive en pareja, el 31,2% con sus hijos y/o nietos, y el 19,6% está solo; los restantes residen con familiares próximos. El 81,2% de los sujetos encuestados tienen casa propia y los demás están de alquiler o han tenido que trasladarse al domicilio de sus hijos.

La mayoría de las mujeres (56%) que han participado en la investigación son amas de casa y los varones han trabajado como agricultores o ganaderos (45%), en el sector naval (6%) y los restantes en el sector servicios. En la actualidad, la mayoría de este colectivo subsiste económicamente con la pensión de jubilación (97,8%) y algunos (4,1%), además de este recurso, disponen de rentas de bienes inmuebles; existe también un pequeño grupo (2,2%) que necesita de la ayuda de sus hijos o todavía trabaja en el campo.

Sobre su nivel de escolaridad, destaca el número de personas mayores sin escolarizar, con estudios elementales sin terminar o con la educación primaria completa.

Los diagnósticos clínicos de los pacientes (tabla 1), en su mayoría, están centrados en problemáticas de tipo físico aunque también cuentan con alguna afección de carácter psicológico y dependencias.

De los participantes en el estudio, únicamente un 2,1% de mujeres manifestaron que han sido fumadoras, mientras que los varones en su mayoría (87,6%) aseguran que lo fueron en alguna etapa de su vida; sin embargo, casi todos han abandonado el hábito del tabaquismo por diversos motivos de salud.

### Análisis aplicados

Los análisis de la escala SF-12 y del cuestionario se desarrollaron con el programa informático SPSS. Los cálculos se realizaron para el total de la muestra y por sexo, edad y nivel socioeconómico de modo independiente.

De la escala SF-12, ofrecemos los resultados de los análisis de varianza de las variables dependientes para detectar las distintas variaciones o correlaciones existentes con respecto a la media aritmética y desviación estándar, así como el grado de significación estadística. Para comparar las variables cuantitativas, al seguir una distribución normal, se aplicó la correlación de Pearson. La significación estadística se ha establecido en un valor de  $p = 0,05$ .

De los resultados principales obtenidos con el cuestionario, rescatamos para este trabajo los ítems de las variables dicotómicas y de elección múltiple; éstas están dirigidas al conocimiento que tiene el colectivo sobre la existencia y utilización de los recursos sociosanitarios y de proximidad. En este caso, se ha aplicado el análisis de contingencia; presentamos los estadísticos de porcentaje y el grado de significación estadística. El contraste de hipótesis entre las variables referidas se realizó con la prueba de la  $\chi^2$ ; asimismo el grado de significación se ha determinado para un valor de  $p = 0,05$ .

## RESULTADOS

### Valoración de la calidad de vida

La valoración que realizan las personas mayores sobre su estado físico, psíquico o emocional y las posibilidades que éste le permite es mayoritariamente satisfactoria. Con todo, se comprueba cierta preocupación en el colectivo por su situación física y la repercusión que le suponen sus dolencias para las actividades de la vida diaria (tabla 2).

Estableciendo comparaciones entre los grupos por edad y sexo, encontramos que la percepción que tienen sobre su salud, en el grupo de personas de entre 65 y 75 años, es más optimista que en el de los mayores de 75 años. Con lógica, a mayor edad los participantes expresan peor imagen de su estado físico y lo contemplan con más pesimismo los que padecen enfermedades como artrosis ( $p = 0,014$ ), asma ( $p = 0,054$ ) o depresión ( $p = 0,041$ ).

Teniendo en cuenta su estado civil, descubrimos que los casados tiene una percepción más positiva de su salud ( $p = 0,02$ ) y los varones también poseen una consideración más esperanzadora que las mujeres ( $p = 0,04$ ); asimismo, cuanto mayores son los niveles de estudios y socioeconómico, más favorable es la visión que tienen sobre su estado en general.

### Conocimiento y utilización de los recursos sociosanitarios y de proximidad

Con respecto a los recursos sociales y de proximidad de los que disponen las personas mayores, a menos de 10 km de su domicilio, el 96,6% indica la iglesia, el 91,4% el cen-

**Tabla 2.** Valoración sobre la calidad de vida (escala SF-12)

Variable dependiente	Media	DE
1. ¿Cómo considera su salud?	3,59	0,855
2. ¿Puede hacer esfuerzos moderados: mover una mesa, aspirar, caminar, etc.?	2,05	0,728
3. ¿Puede subir varios pisos por la escalera?	1,89	0,758
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	3,16	1,145
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	3,38	1,171
6. ¿Hizo menos de lo que hubiese querido hacer por algún problema emocional?	3,99	1,136
7. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente por un problema emocional?	3,99	1,141
8. ¿El dolor le ha dificultado su trabajo habitual?	2,65	1,219
9. ¿Se sintió calmado y tranquilo las últimas 4 semanas?	2,42	1,034
10. ¿Tuvo mucha energía las últimas 4 semanas?	3,10	1,089
11. ¿Se sintió desanimado y deprimido las últimas 4 semanas?	3,77	1,067
12. ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales en las últimas 4 semanas?	3,72	1,184

La escala de valoración utilizada es de tipo Likert. DE: desviación estándar.

tro de salud, el 88,7 % la farmacia, el 76,4% los servicios sociales del ayuntamiento; el 65,8% señala que dispone del local cultural, el 60,1% apunta que cuenta con una asociación vecinal y únicamente el 39,8% conoce la existencia de algún centro de día.

Sobre la frecuencia mensual de la utilización que realizan de los recursos sociosanitarios y de proximidad: el 91,1% de los participantes afirman que acuden a la iglesia, al centro de salud y a la farmacia, mientras el 13,7% del colectivo usa los servicios sociales del ayuntamiento, el 19,6% el punto cultural, el 4,7 % la asociación vecinal y por último el 1,2% el centro de día.

La correlación de Pearson nos permite determinar (Pearson = 0,41) que las personas mayores no utilizan la mayoría de los servicios que conocen y de los que disponen.

El acceso a los recursos sociosanitarios es menor en el medio rural que en el urbano, encontrando que existen diferencias significativas ( $p = 0,023$ ). Este resultado puede deberse a que los mayores que viven en el medio rural tienen los diferentes servicios a mayor distancia de su domicilio y mayores dificultades con el transporte, pero su red de apoyo social incluye, en mayor medida que en el medio urbano, el apoyo de vecinos y amistades.

## DISCUSIÓN

Encontramos que la percepción que tienen las personas mayores sobre su calidad de vida es mayoritariamente favorable; las más positivas son las de menor edad, las casadas, las que cuentan con mayor nivel de estudios y socioeconómico, los varones o aquellos que no presentan cuadros clínicos de tipo físico o emocional complejos. A mayor edad se manifiestan peores puntuaciones, sobre todo en la función física. De hecho, las afecciones más relevantes que presentan son de tipo físico. Quizás por eso, en otros estudios se demuestra que el bienestar disminuye con la edad<sup>8</sup>.

Los resultados que obtenemos son similares a los detectados en un estudio<sup>9</sup> en el que se señalan diferencias significativas entre los sexos en todas las dimensiones menos en la función física y salud general. Las personas mayores presentan interés, entre otros, por mejorar su calidad de vida<sup>10</sup>. Es un hecho que en la actualidad las personas de edad viven más tiempo y de forma más saludable, por lo tanto son más productivas y menos dependientes<sup>11</sup>.

En similitud con nuestro estudio, otro trabajo realizado sobre la calidad de vida de ancianos institucionalizados en Portugal ha puesto de manifiesto que está asociada a sus grados de dependencia, estado mental y funcionalidad<sup>12</sup>.

El centro de salud y la farmacia se revelan como los recursos sociosanitarios más utilizados por las personas mayores. La iglesia es un recurso de proximidad muy importante para ellos.

Teniendo en cuenta que los recursos sociosanitarios son limitados, pero que su demanda y sus costes son crecientes, es importante la evaluación de necesidades para diseñar e implementar programas gerontológicos con el fin de mejorar la calidad de vida de los mayores<sup>13</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Castellón A. Calidad de vida en la atención al mayor. *Rev Inter Gerontol.* 2003;13:188-92.
2. Martínez V, Lozano A. Calidad de vida en ancianos. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 1998.
3. Martínez V, Lozano A, García P, Cruz MV, Martínez AB, Ponce J, et al. Validez y fiabilidad de un cuestionario para valorar la capacidad funcional de personas mayores. *Aten Primaria.* 1999;24:267-73.
4. Farré R, Frassetto I, Roma R. Estado de salud y calidad de vida de un colectivo de ancianos institucionalizados. *REGG.* 1999;34:25-33.
5. Prieto L, Alonso J, Ferrer M. Are results of the SF36 health survey and the Nottingham Health Profile similar? *J Clin Epidemiol.* 1997;50:463-73.
6. López-García E, Banegas BE, Gutiérrez-Fisac JL, Pérez-Regadera AG, Ganan LD, Rodríguez-Artalejo F. Relation between body weight and health-related quality of life among the elderly in Spain. *Int J Obes Relat Metab Dis.* 2003;27:701-9.
7. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Lepègle A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The International Quality of Life Assessment Project approach. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:913-23.
8. Meléndez JC, Tomás JM, Navarro E. Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *REGG.* 2008;43:90-5.
9. Meléndez M, Montero Herrero R, Jiménez Sánchez C, Blanco Montagut L. Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Aten Primaria.* 2001;28:91-6.
10. Montoro J, Pinazo S, Tortosa MA. Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios. *REGG.* 2007;42:158-66.
11. Yoon E, Kolomer SR. Refining the measure and dimensions of social values of older people. *Educational Gerontology.* 2007;33:649-63.
12. Lobo A, Santos MP, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *REGG.* 2007;42 Supl 1:22-6.
13. Majeski RA, Damond M, Stover M. Assessment of gerontology programs: A comprehensive, strategic approach. *Educ Gerontol.* 2007;33:543-60.