



SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

M^a del Mar Molero

mmar-mora@hotmail.com

M^a del Carmen Pérez-Fuentes

mpf421@ual.es

Universidad de Almería

Dpto de Psicología Evolutiva

Fecha de recepción: 21 de enero de 2011

Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011

RESUMEN

El sustancial incremento del número de personas mayores, unido a un porcentaje cada vez más amplio de esta población que reside en instituciones geriátricas; nos lleva a cuestionarnos qué relevancia tiene la salud y en qué forma es esta percibida en esta población, a la hora de determinar el grado de influencia de este factor en su bienestar, en su calidad de vida. El trabajo que se presenta a continuación forma parte de una investigación más amplia sobre calidad de vida en mayores institucionalizados. Atendiendo a variables como la edad, el género y el número de hijos de la muestra seleccionada; se observaron diferencias significativas en cuanto al modo de considerar la salud, así como aspectos relacionados con la misma. Es decir, con la salud podríamos encontrarnos ante un factor con gran influencia directa sobre la calidad de vida, pero también determinante, en mayor o menor medida, sobre otros factores que la componen (relaciones familiares y sociales, actividad y ocio, capacidad funcional, etc.).

Palabras clave: Salud. Calidad de vida. Mayores. Residencia.

ABSTRACT

The substantial increase in the number of older people, coupled with an increasingly large percentage of the population residing in nursing homes, leads us to question how relevant is health and how it is perceived in this population when determine the degree of influence of this factor in their welfare, their quality of life. The work presented below is part of a broader research on quality of life in institutionalized elderly. Based on variables such as age, gender and number of children of the selected sample, significant differences in the way of viewing health as well as aspects related to it. That is, the health factor could find us in a very direct influence on the quality of life, but also deter-



SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

mining a greater or lesser extent on other factors that compose (family relations and social and leisure activity, functional capacity, etc.).

Keywords: Health. Quality of life. Older. Residence.

El envejecimiento demográfico de la población es un fenómeno que cobra creciente protagonismo en las últimas décadas, y esto ocurre a nivel mundial. Tal y como se reconoce en el Informe 2008 del IMSERSO, el grupo de personas de 65 años y más suponen un segmento importante de la población total, en todos los países. En los datos recogidos para el citado informe queda reflejado un aumento de la población de adultos mayores que superará el 20% en el año 2025, aproximándose al 30% en el 2050. Debido, en gran parte, a la representatividad del colectivo de mayores dentro de la población total, se considera necesaria una especial atención al estudio de sus necesidades, intereses, motivaciones, etc.; con el objetivo de conocer cuáles son los aspectos que requieren de intervención, para ser cubiertos y así aproximarnos a la mejora en su calidad de vida.

En torno al concepto de calidad de vida giran múltiples áreas, que lo componen y sobre las que se puede intervenir, por tanto, para su mejora. Algunas de estos indicadores de calidad de vida en el mayor serían: relaciones sociales y familiares, actividad y ocio, calidad ambiental o satisfacción con la vida, entre otros. Sin embargo, si hay un componente de la calidad de vida que realmente es considerado de gran relevancia por la población mayor, es la salud.

En la definición de salud, queda ya superada la aproximación unidimensional que equipara la salud con la ausencia de enfermedad. Hoy día, se sigue la tendencia que en su momento inició la Organización Mundial de la Salud (1984), mediante la cual se define la salud como un *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de malestar y dolencia”*. Con esta definición se libera al concepto de salud de su exclusiva vinculación con el bienestar físico.

La salud, particularmente en la vejez, implica una consideración en el sentido más amplio del concepto, incluyendo: salud física y mental, capacidad para ejecutar las actividades cotidianas y los recursos sociales, económicos y ambientales necesarios para mantener en las personas mayores estilos de vida independientes y que promuevan su salud. Al considerar la salud como un espectro más amplio en la vida del individuo, se habrán de tener en cuenta dos aspectos clave: la necesidad de preservar y recuperar las capacidades que permitan a la persona actuar con autonomía en su entorno (capacidad funcional) y la importancia que tienen en el resultado final del estado de salud, las variables personales, ambientales y de comportamiento. El conjunto de capacidades que permiten a la persona moverse en su entorno, realizar tareas físicas necesarias para su autocuidado y todas aquellas conductas y actividades encaminadas a mantener su independencia; se encontraría todo ello ligado al significado inherente al término *“función”*, por lo que hablaríamos entonces de *“salud funcional”* (Ramos, 2002).

Del interés por conocer la dinámica de interrelación entre comportamiento, procesos de envejecimiento y salud, surge la necesidad, desde diferentes perspectivas, de llevar a cabo líneas de investigación que se plantean conocer acerca de cuestiones, como: qué comportamientos y actitudes influyen en la salud de la gente a medida que avanza en edad, o cómo estas actitudes y comportamientos interactúan con procesos fisiológicos y psicológicos en el resultado final del nivel de salud y de funcionamiento en general, o qué condiciones sociales pueden afectar al desarrollo de estilos de vida y comportamientos que promuevan la salud en las personas mayores. Son muchas las hipótesis en las que salud y comportamiento retoman una relación que se hace más estrecha con la edad. Y son también muchos los datos que señalan un comportamiento diferente de las personas mayores en relación con la salud (Ramos y Jiménez, 1999).



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

Un ejemplo claro de la forma propia de considerar la salud, al llegar a la vejez, lo podemos ver en los resultados obtenidos a partir del clásico estudio realizado en la localidad de Alameda (California), en el que se sigue la evolución de 9.000 personas desde el año 1965. En relación al área que nos ocupa, entre otros resultados, se ponía de manifiesto que un 17% de las personas mayores de 65 años practicaban siete hábitos saludables (evitar el tabaco y el consumo de alcohol, evitar comer entre horas, realizar ejercicio, controlar el peso, dormir y desayunar adecuadamente), mientras que entre los menores de 45 años, tan solo lo hacía el 6% (Kaplan, Seeman, Cohen, Knudsen y Guralnik, 1987). Estos datos no hacen otra cosa que apoyar la idea de que los individuos valoran más la dimensión de la salud, a medida en que se ven inmersos en su proceso de envejecimiento. Esta ponderación diferente de la salud en la vejez, además influye en la forma de enfrentar los cambios que de ella se deriven (en el estudio anterior, mediante la adhesión de los sujetos mayores a una serie de hábitos saludables).

Posteriormente, se han publicado datos del seguimiento del Estudio Longitudinal de Alameda (Kaplan *et al.*, 1987), en los que se constata una relación entre factores de riesgo y fragilidad. Las personas frágiles presentan una actividad reducida, un peor estado de salud mental y un menor grado de bienestar subjetivo en comparación con personas con personas sin fragilidad. Es decir, que no sólo la mera presencia de un estado saludable en el sujeto va a determinar su bienestar, puesto que existen características inherentes al propio individuo que lo pueden hacer más débil a la hora de afrontar cambios en su estado de salud y, por tanto, no permita a éste percibir su realidad tal y como se le presenta.

Conforme las personas envejecen, la salud se posiciona como requisito básico y fundamental para mantenerse activo y, por ende, salvaguardar el nivel de autonomía. Es decir, a medida que el desgaste del organismo y las enfermedades vayan ganando terreno; la estima por la salud irá cobrando protagonismo en la escala de valores del individuo, cuando pone a examen su calidad de vida (Moscoso *et al.*, 2009).

En definitiva, la salud entre los mayores se sitúa en el centro de sus preocupaciones, y será entendida como un estado que se encuentra determinado no solamente por la edad, sino también por sus condiciones sociales y los procesos de socialización propios de su entorno. Por tanto, la conceptualización de la salud como indicador de calidad de vida en el mayor tendrá también un carácter multifactorial. Además, no nos podemos olvidar de la importancia del contexto en el que se desenvuelve el individuo; el cuál va a suponer, por un lado, un aporte continuo de estímulos y situaciones a las que responder y hacer frente, y por otro, una serie de características propias de ese entorno, que influirán en el modo de proceder del sujeto.

En el trabajo que se presenta a continuación, se trata de analizar la relación que existe entre la salud (objetiva y subjetiva/percibida) y la calidad de vida, en un grupo de mayores institucionalizados. Es decir, lo que se pretende no es otra cosa que valorar la influencia de uno de los componentes substanciales de la calidad de vida (la salud), en una población concreta (adultos mayores de 65 años); y, todo ello, en un contexto determinado por características propias que lo diferencian de otros entornos posibles (residencia o institución geriátrica).

MÉTODO

Como ya se comentó anteriormente, la importancia que se otorga a los factores que influyen en la calidad de vida de las personas mayores irá en concordancia con las particularidades del contexto en el que residen. Con objeto de analizar la influencia de los factores determinantes de la calidad de vida, entre ellos la salud, en mayores de 65 años institucionalizados; se llevó a cabo un trabajo de investigación sobre el tema en un contexto residencial. Como parte de este trabajo más amplio, subyace el contenido del estudio que se presenta a continuación; atendiendo de forma más especí-



SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

fica, a la salud como factor de influencia cardinal en el bienestar y la calidad de vida de mayores institucionalizados.

Participantes

El total de la muestra utilizada para el presente estudio es de 50 sujetos mayores de 65 años, todos ellos usuarios de Residencia de Ancianos de carácter público; con una media de edad de 81.26 años (DT=5.889). Siendo la edad mínima de los participantes de 72 años, y con una máxima de 94 años (Tabla 1).

Tabla 1. Media de edad de la muestra

| N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|----|--------|--------|-------|------------|
| 50 | 72 | 94 | 81,26 | 5,889 |

De ellos, el 54% son hombres y el 46% mujeres, con una media de edad de 80.78 (DT= 5.866) y 81.83 (DT= 5.997) años respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra por género

| Sexo | N | Porcentaje | Media | Desv. Típica |
|-------|----|------------|-------|--------------|
| varón | 27 | 54 % | 80,78 | 5,866 |
| mujer | 23 | 46 % | 81,83 | 5,997 |
| Total | 50 | 100 % | 81,26 | 5,889 |

Por otra parte, y atendiendo a la variable *edad agrupada*, podemos observar que el grupo con edad de 85 años en adelante, con un porcentaje del 34%, resulta ser el conformado por un mayor número de participantes, concretamente un tercio del total de la muestra objeto de estudio. Seguido de cerca por el rango de edad comprendido entre los 80-84 años, que supone un 30% de la muestra. Por último, encontramos los grupos entre 75-79 y 70-74 años, con un 10% y un 8%, respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la muestra por edad agrupada

| Edad agrupada | N | Porcentaje |
|---------------|----|------------|
| 70-74 | 8 | 16 % |
| 75-79 | 10 | 20 % |
| 80-84 | 15 | 30 % |
| 85 o más | 17 | 34 % |

Según el *número de hijos*, la mayor parte de sujetos de la muestra quedan repartidos en los dos extremos del rango evaluado, es decir, que predominan aquellos participantes que manifiestan tener 3 hijos o más; de igual forma que aquellos que afirman no tener descendencia (Tabla 4).



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

Tabla 4. Distribución de la muestra según nº de hijos

| Número de hijos | N | Porcentaje |
|-----------------|----|------------|
| 0 | 18 | 36 % |
| 1 | 5 | 10 % |
| 2 | 7 | 14 % |
| 3 ó mas | 20 | 40 % |

Instrumento

El instrumento utilizado en el presente estudio es un Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida para población mayor de 65 años en contexto residencial, cuyo modo de aplicación responde a la modalidad de entrevista estructurada. El cuestionario está formado por un total de 56 ítems, organizados en 7 hojas de aplicación. El hecho de clasificar la totalidad de los ítems en diferentes hojas responde a la necesidad de diferenciar los componentes del concepto de calidad de vida; con el fin de facilitar, por un lado, la aplicación del mismo por parte del investigador; así como mantener la continuidad en las respuestas por parte del entrevistado. Recordemos que el trabajo que nos ocupa forma parte de una investigación más amplia sobre calidad de vida en el mayor institucionalizado; por lo que, en este caso, se atenderá solamente a los datos recogidos en la hoja 2, que corresponde al área de "salud" (9 ítems).

El formato de respuesta es cerrado, mediante una escala de valor (1= nunca, nada, muy mala / 2= algunas veces, poco, mala / 3= a veces, normal, regular / 4= bastantes veces, bastante, buena / 5= muchas veces, siempre, mucho, muy buena). Además, en cada opción de respuesta se añade un valor adicional: NP= no es pertinente a su estado o situación real, o no contesta.

El tiempo de aplicación del cuestionario completo es de 15-20 minutos de media, por sujeto. Aunque esto último irá en función de las características propias de cada individuo. Resulta relevante mencionar la necesidad, en algunos casos, de "desmigalar" algunas de las cuestiones presentadas al sujeto; para conseguir así una respuesta que se aproxime lo máximo posible a la realidad del sujeto.

Procedimiento

La aplicación del instrumento se realiza de manera individual, mediante entrevista personal. Tras una breve introducción de lo que se va a tratar, y recogida de datos personales del sujeto (hoja 1 del cuestionario); se procede a la presentación de los ítems, aclarando al inicio de cada hoja los temas que se tratarán en ese momento del cuestionario. Es decir, antes de proceder con cada hoja del cuestionario, se lleva a cabo una breve introducción que ayude al sujeto a situarse en el ámbito de su biografía sobre el que se le va a preguntar.

El análisis de los datos se lleva a cabo mediante el programa informático SPSS 0.15. Las variables seleccionadas para el análisis que nos ocupa, se presentan a continuación (Tabla 5):

Tabla 5. Descripción de las variables incluidas en el análisis de datos

| | | |
|---------------------------------|-----------------|---|
| Variable Dependiente | Salud | Nunca, nada, muy mala/Algunas veces, poco, mala/ A veces, normal, regular / Muchas veces, siempre, mucho , muy buena / No es pertinente a su estado o situación real, o no contesta |
| | Edad agrupada | 70 - 74 años / 75 - 79 años / 80 - 84 años / 85 años o mas |
| Variables Independientes | Sexo | Varón / Mujer |
| | Número de hijos | 0 / 1 / 2 / 3 ó mas |



SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

RESULTADOS

Teniendo en consideración la variable *edad agrupada*, cabe destacar ciertas diferencias significativas en cuanto a la salud en mayores institucionalizados (Tabla 6):

Tabla 6. Tablas de contingencia salud y edad agrupada

| Ítems Salud Variable Dependiente | (I) Edad Agrupada | (J) Edad Agrupada | (I-J) Diferencia de medias | Error típico | Si g. |
|---|----------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------|----------|
| Duermo bien | 70-74 | 75-79 | ,80 | ,636 | ,215 |
| | | 80-85 | 1,37 * | ,587 | ,024 |
| | | 85 ó mas | ,56 | ,575 | ,336 |
| | 75-79 | 70-74 | -,80 | ,636 | ,215 |
| | | 80-85 | ,57 | ,548 | ,306 |
| | | 85 ó mas | -,24 | ,535 | ,654 |
| | 80-85 | 70-74 | -1,37 * | ,587 | ,024 |
| | | 75-79 | -,57 | ,548 | ,306 |
| | | 85 ó mas | -,81 | ,475 | ,096 |
| | 85 ó mas | 70-74 | -,56 | ,575 | ,336 |
| | | 75-79 | ,24 | ,535 | ,654 |
| | | 80-85 | ,81 | ,475 | ,096 |
| Descanso bien | 70-74 | 75-79 | ,80 | ,657 | ,230 |
| | | 80-85 | 1,37 * | ,607 | ,029 |
| | | 85 ó mas | ,68 | ,594 | ,261 |
| | 75-79 | 70-74 | -,80 | ,657 | ,230 |
| | | 80-85 | ,57 | ,566 | ,322 |
| | | 85 ó mas | -,12 | ,552 | ,824 |
| | 80-85 | 70-74 | -1,37 * | ,607 | ,029 |
| | | 75-79 | -,57 | ,566 | ,322 |
| | | 85 ó mas | -,69 | ,491 | ,166 |
| | 85 ó mas | 70-74 | -,68 | ,594 | ,261 |
| | | 75-79 | ,12 | ,552 | ,824 |
| | | 80-85 | ,69 | ,491 | ,166 |
| Tengo problemas con las comidas (pérdidas de apetito, continuas ganas de comer...) | 70-74 | 75-79 | ,70 | ,607 | ,255 |
| | | 80-85 | 1,90 * | ,560 | ,001 |
| | | 85 ó mas | 1,09 | ,549 | ,053 |
| | 75-79 | 70-74 | -,70 | ,607 | ,255 |
| | | 80-85 | 1,20 * | ,522 | ,026 |
| | | 85 ó mas | ,39 | ,510 | ,450 |
| | 80-85 | 70-74 | -1,90 * | ,560 | ,001 |
| | | 75-79 | -1,20 * | ,522 | ,026 |
| | | 85 ó mas | -,81 | ,453 | ,080 |
| | 85 ó mas | 70-74 | -1,09 | ,549 | ,053 |
| | | 75-79 | -,39 | ,510 | ,450 |
| | | 80-85 | ,81 | ,453 | ,080 |
| Alguno de mis hijos/as están habitualmente enfermos | 70-74 | 75-79 | 1,10 | ,606 | ,076 |
| | | 80-85 | ,30 | ,559 | ,594 |
| | | 85 ó mas | ,03 | ,548 | ,957 |
| | 75-79 | 70-74 | -1,10 | ,606 | ,076 |
| | | 80-85 | -,80 | ,521 | ,132 |
| | | 85 ó mas | -1,07 * | ,509 | ,041 |
| | 80-85 | 70-74 | -,30 | ,559 | ,594 |
| | | 75-79 | ,80 | ,521 | ,132 |
| | | 85 ó mas | -,27 | ,452 | ,553 |
| | 85 ó mas | 70-74 | -,03 | ,548 | ,957 |
| | | 75-79 | 1,07 * | ,509 | ,041 |
| | | 80-85 | ,27 | ,452 | ,553 |
| Siento que mi estado de salud dificulta el desempeño de alguna AVD | 70-74 | 75-79 | 1,48 * | ,449 | ,002 |
| | | 80-85 | 2,08 * | ,414 | ,000 |
| | | 85 ó mas | 1,17 * | ,406 | ,006 |
| | 75-79 | 70-74 | -1,48 * | ,449 | ,002 |
| | | 80-85 | ,60 | ,386 | ,127 |
| | | 85 ó mas | -,31 | ,377 | ,422 |
| | 80-85 | 70-74 | -2,08 * | ,414 | ,000 |
| | | 75-79 | -,60 | ,386 | ,127 |
| | | 85 ó mas | -,91 * | ,335 | ,010 |
| | 85 ó mas | 70-74 | -1,17 * | ,406 | ,006 |
| | | 75-79 | ,31 | ,377 | ,422 |
| | | 80-85 | ,91 * | ,335 | ,010 |



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

Los sujetos de 70-74 años serían los que mejor duermen y, por tanto, también los que dicen sentirse más descansados, mostrando diferencias significativas con respecto al grupo de 80-85 años. Por otro lado, los residentes de 70-74 años serán los que muestren mayores problemas con las comidas, seguidos de aquellos con edades comprendidas entre los 75-79 años.

Al preguntar a los sujetos por la salud de sus hijos, observamos cómo aquellos de 85 años o más son los que declaran tener descendencia con problemas habituales de salud. Por último, y haciendo referencia a la influencia del estado de salud en el desempeño de alguna AVD, vemos cómo serán los de 70-74 años los que detectan mayores dificultades; seguidos por los sujetos de 85 años en adelante.

Si atendemos la variable *género*, se observan resultados similares entre hombres y mujeres, no obteniendo diferencias significativas en ninguno de los ítems de salud. No obstante, cabe mencionar ciertas diferencias encontradas tras el análisis de medias (Tabla 7).

Por ejemplo, los varones entrevistados duermen y descansan mejor que las mujeres, aunque presentan problemas con las comidas con mayor frecuencia. Además, son los hombres los que declaran mayores dificultades para realizar AVD por su estado de salud. Sin embargo, serán éstos los que valoren más positivamente su estado de salud actual.

Por otro lado, las mujeres deben atender su salud en mayor número de ocasiones que los varones. Aunque, ambos sexos valoran de la misma forma los servicios sanitarios ofertados en residencia.

Tabla 7. Análisis de medias para salud y género

| Sexo | | Considero que mi salud, en la actualidad, es | Tengo que atender periódicamente mi salud por algún padecimiento | Duermo bien | Descanso bien | Tengo problemas con las comidas (pérdidas de apetito, continuas ganas de comer,...) | Siento que mi estado de salud dificulta el desempeño de alguna AVD | Los servicios sanitarios ofertados en residencia son de calidad | Cuando estoy enfermo/a pienso que mi estado sólo puede ir a peor |
|-------|------------|--|--|-------------|---------------|---|--|---|--|
| varón | Media | 3,11 | 2,67 | 3,89 | 3,81 | 3,74 | 2,70 | 4,59 | 2,70 |
| | N | 27 | 27 | 27 | 27 | 27 | 27 | 27 | 27 |
| | Desv. típ. | ,577 | ,832 | 1,121 | 1,210 | 1,403 | 1,295 | ,636 | 1,265 |
| mujer | Media | 2,91 | 3,13 | 3,57 | 3,57 | 3,04 | 2,39 | 4,57 | 2,30 |
| | N | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 |
| | Desv. típ. | 1,164 | ,815 | 1,647 | 1,647 | 1,331 | ,941 | ,728 | 1,608 |
| Total | Media | 3,02 | 2,88 | 3,74 | 3,70 | 3,42 | 2,56 | 4,58 | 2,52 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| | Desv. típ. | ,892 | ,849 | 1,382 | 1,418 | 1,401 | 1,146 | ,673 | 1,432 |

Por último, al incluir la variable número de hijos en el análisis estadístico, se pueden observar algunas diferencias significativas entre los grupos, con respecto a la variable dependiente (Tabla 8).

Los sujetos con tres hijos o más, duermen y descansan mejor que aquellos sujetos sin descendencia. Por otro lado, el estado de salud supone una dificultad en el desempeño de AVD en el caso de los que tienen tres hijos o más, con mayor frecuencia que en los sujetos sin hijos. Los residentes con dos hijos serán los que declaren un mayor grado de satisfacción en cuanto a los servicios sanitarios ofertados en residencia, siendo los que otorgan una valoración peor los sujetos con un solo hijo.



SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

Tabla 8. Tabla de contingencia salud y número de hijos

| Ítems Salud Variable Dependiente | (I) Número de hijos | (J) Número de hijos | (I-J) Diferencia de medias | Error típico |
|--|------------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------|
| Duelmo bien | 0 | 1 | ,278 | ,669 |
| | | 2 | -,579 | ,590 |
| | | 3 ó mas | -1,022 * | ,430 |
| | 1 | 0 | -,278 | ,669 |
| | | 2 | -,857 | ,775 |
| | | 3 ó mas | -1,300 | ,662 |
| | 2 | 0 | ,579 | ,590 |
| | | 1 | ,857 | ,775 |
| | | 3 ó mas | -,443 | ,582 |
| | 3 ó mas | 0 | 1,022 * | ,430 |
| | | 1 | 1,300 | ,662 |
| | | 2 | ,443 | ,582 |
| Descanso bien | 0 | 1 | ,278 | ,698 |
| | | 2 | -,579 | ,615 |
| | | 3 ó mas | -,922 * | ,449 |
| | 1 | 0 | -,278 | ,698 |
| | | 2 | -,857 | ,808 |
| | | 3 ó mas | -1,200 | ,690 |
| | 2 | 0 | ,579 | ,615 |
| | | 1 | ,857 | ,808 |
| | | 3 ó mas | -,343 | ,606 |
| | 3 ó mas | 0 | ,922 * | ,449 |
| | | 1 | 1,200 | ,690 |
| | | 2 | ,343 | ,606 |
| Siento que mi estado de salud dificulta el desempeño de alguna AVD | 0 | 1 | -,544 | ,552 |
| | | 2 | -,373 | ,486 |
| | | 3 ó mas | -,994 * | ,355 |
| | 1 | 0 | ,544 | ,552 |
| | | 2 | ,171 | ,639 |
| | | 3 ó mas | -,450 | ,546 |
| | 2 | 0 | ,373 | ,486 |
| | | 1 | -,171 | ,639 |
| | | 3 ó mas | -,621 | ,479 |
| | 3 ó mas | 0 | ,994 * | ,355 |
| | | 1 | ,450 | ,546 |
| | | 2 | ,621 | ,479 |
| Los servicios sanitarios ofertados en residencia son de calidad | 0 | 1 | ,922 * | ,311 |
| | | 2 | -,278 | ,274 |
| | | 3 ó mas | ,222 | ,200 |
| | 1 | 0 | -,922 * | ,311 |
| | | 2 | -1,200 * | ,360 |
| | | 3 ó mas | -,700 * | ,308 |
| | 2 | 0 | ,278 | ,274 |
| | | 1 | 1,200 * | ,360 |
| | | 3 ó mas | ,500 | ,270 |
| | 3 ó mas | 0 | -,222 | ,200 |
| | | 1 | ,700 * | ,308 |
| | | 2 | -,500 | ,270 |

DISCUSIÓN

Según la edad de los sujetos a estudio, podemos dar cuenta de que el grupo de residentes más joven (70-74 años), por un lado, son los que mejor duermen y descansan, y por otro, los que presentan mayores inconvenientes con las comidas, ya sea por pérdida de apetito, por continuas ganas de comer, etc. Asimismo, y lógicamente, se observa cómo aquellos sujetos en edades más avanzadas (85 años en adelante) serán los que tengan descendencia también de mayor edad y, por tanto, aquejados de dolencias con mayor frecuencia.

Un último aspecto de los datos obtenidos referentes a la variable edad que nos llama la atención, es el hecho de que sean los grupos de edades inferiores (70-74 años) y los de edades más



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

superiores (85 años en adelante), los que van a detectar cómo su estado de salud les supone un obstáculo en la realización de alguna AVD.

Por otro lado, aunque no se encuentran diferencias significativas entre ambos sexos; sí que podemos destacar la tendencia a valorar más positivamente el estado de salud actual en los varones que en las mujeres. Si bien es cierto que, a parte de este dato, ambos sexos coinciden a la hora de poner nota a los servicios sanitarios ofertados en residencia, donde la institución recibe una valoración positiva, de manera generalizada, en este aspecto concreto.

Tras el análisis teniendo en cuenta el número de hijos, se obtienen algunos datos que resultan relevantes. Los sujetos con tres hijos o más, parece ser que son, por un lado, los que menos problemas tienen con aspectos relacionados con el sueño y el descanso, y, por otro, este grupo se presenta con mayores dificultades en la realización de AVD derivadas de su estado de salud actual. Pudiendo ser explicado, este último dato, por la costumbre de ser atendidos por sus hijos en el domicilio, previo al ingreso.

En cuanto a la valoración de los servicios sanitarios de la residencia, éstos serán mejor valorados por los sujetos con dos hijos.

CONCLUSIONES

La salud, a medida en que nos hacemos mayores, va a cobrar un protagonismo indiscutible en el panorama de nuestra calidad de vida, sobre todo cuando ésta es puesta a examen por el propio individuo. No sólo la salud mantiene una clara influencia en el bienestar general de la persona mayor, sino que va a determinar el desarrollo óptimo o no de otras áreas que, a su vez, resultan de gran influencia en la calidad de vida, como son las relaciones sociales y familiares, la actividad y el ocio o la capacidad funcional, entre otras. Pongamos el caso de una persona mayor que tiene oportunidades y recursos suficientes para llevar a cabo actividades de ocio satisfactorio, cuenta además con el apoyo familiar y/o social necesario, pero no goza de un estado de salud que le permita la realización de estas tareas. En este ejemplo, la salud estaría actuando como un agente "limitador" y, por ende, determinante hacia una calidad de vida deficitaria. Partiendo de esta concepción, donde se otorga un papel primordial a la salud, podemos vislumbrar que potenciando aspectos relacionados con hábitos saludables y promoción de la salud, se produzca una mejora en la salud (objetiva y percibida) y, por ende, una optimización en la calidad de vida del individuo. Ya sea de manera directa o a través de la facilitación en otras áreas que la componen y, por tanto, determinan el camino hacia su consecución.

En el estudio que nos ocupa, se trata de reflejar la importancia de este factor (salud) en una población mayor con unas características propias, derivadas del propio contexto en el que residen. Un contexto que difiere del entorno natural del sujeto y que supone que el residente experimente la vejez de un modo coherente a sus circunstancias. Es por ello, que consideramos esencial prestar atención a las peculiaridades que se puedan dar en función del contexto, sobre todo a la hora de evaluar un constructo multidimensional como es la calidad de vida.

REFERENCIAS

- IMSERO (2009). *Informe 2008. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Tomo 1. Madrid: IMSERO.
- Kaplan, G.A., Seeman, T.E., Cohen, R.D., Knudsen, L.P. y Guralnik, J. (1987). Mortality among the Elderly in the Alameda County Study: behavioral and demographic risk factors. *American Journal of Public Health*, 77(3), 307-312.



SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

- Molina, C., Meléndez, J.C. y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24(2), 312-319.
- Moscoso, D., Moyano, E., Biedma, L., Fernández-Ballesteros, R., Martín, M., Ramos, C., Rodríguez-Morcillo, L. y Serrano del Rosal, R. (2009). *Deporte, salud y calidad de vida*. Colección Estudios Sociales, 26. Barcelona: Fundación "La Caixa".
- OMS (2001). *Salud y envejecimiento. Un documento para el debate*. Departamento de Promoción de la Salud. Ginebra: Organización Mundial para la Salud.
- Ramos, F. (2002). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque Revista Pedagógica*, 16, 83-104.
- Ramos, F. y Jiménez, P. (1999). *Salud y envejecimiento*. Madrid: UNED-Fue.