

# Calidad de vida en la atención al mayor

**Alberto Castellón  
Sánchez del Pino**

Coordinador cursos  
Master y Experto en  
Gerontología Social  
Universidad  
de Granada

## Resumen

La gran parte de las personas mayores presentan una calidad de vida satisfactoria y afrontan razonablemente bien las consecuencias del envejecimiento y de la vejez. La calidad de vida ha ido evolucionando como una concepción social producto de la construcción de un colectivo en un contexto específico con relación a sus propias necesidades, ideologías, culturas, etc. Así, hablar de calidad de vida es por un lado hablar de las variables que intervienen en las diversas facetas que componen la vida humana y por un área de investigación actual que está cobrando día a día especial relevancia tanto a nivel psicológico, de salud, sociológico, histórico, etc.

**Palabras clave:** Calidad de vida. Anciano.

## Summary

Most of elderly people show us a satisfactory quality of life and all the consequences of ageing and the old age faced up quite well.

The quality of life has been evolving as social conception; is its the result of a collective creation within an specific context related to its own ideologies, culture, necessities... etc. In fact when we speak about quality of life, on the one hand we are speaking about different variables which take part in the various aspects of human life, is an actual researching area that is reaching day by day special importance in Psychology, Health, History, Sociology, etc.

**Key words:** Quality of life. Elderly.

## Concepto de calidad de vida

La Calidad de Vida (CV) es un concepto que cada día va adquiriendo mayor importancia en la sociedad en general. Constituye un referente primordial en el ámbito de la gerontología y en la planificación de las políticas sociosanitarias, pero sobre todo, es un don muy apreciado por las personas y en particular por los mayores. El concepto de Calidad de Vida, considerado por varios autores como el concepto básico en el campo de atención a los mayores, es para

otros uno de los principales indicadores a tener en cuenta a la hora de evaluar la eficacia de los servicios. La abundante publicación de libros y artículos sobre calidad de vida pone de manifiesto la relevancia del tópico.

Existen varias formas de conceptualizar la Calidad de Vida:

- a. como calidad con las condiciones de vida (sería el componente objetivo),
- b. como satisfacción personal con las condiciones de vida (sería el componente subjetivo),
- c. combinando las condiciones de vida y la satisfacción y
- d. combinando las condiciones de vida y la satisfacción personal según lo considere el propio sujeto en función de su escala de valores y aspiraciones personales<sup>1</sup>.

En el estudio de la CV en general y de las personas mayores en particular, resulta imprescindible incorporar tanto los aspectos subjetivos como objetivos. Dentro de los aspectos subjetivos es posible realizar una distinción entre aquellas propiedades y características percibidas del ambiente (servicios sociales de salud, apoyo social, valoración del entorno, necesidades culturales, satisfacción social, etc.) y la evaluación/valoración de dichas propiedades por parte del sujeto, donde juegan un papel importante las características personales (nivel de aspiración, expectativas, grupos de referencia, necesidades personales, escala de valores, etc.)<sup>2</sup>. En cuanto a las dimensiones objetivas, nos encontraríamos con factores más bien contextuales (culturales, calidad ambiental, disponibilidad de servicios de salud y sociales, etc.) y con una serie de síntomas o signos que, formando parte del sujeto, es posible describirlos desde un punto de vista más objetivo.

La metodología propuesta para evaluar la Calidad de Vida sigue básicamente estos enfoques. De ellos el

Correspondencia:  
Alberto Castellón Sánchez  
del Pino  
E-mail:  
cassan@arrakis.es  
acastellons@semergen.es

más interesante es el cuarto, puesto que recoge de la forma más completa el punto de vista del sujeto. Es el seguido por Cummins en su Escala Comprensiva de Calidad de Vida<sup>3</sup>. Para este autor la evaluación global de la Calidad de Vida vendría dada por indicadores objetivos y subjetivos así como por el grado de importancia que cada sujeto conceda a cada una de las áreas. Tendríamos, por tanto, un modelo con tres factores en el cual los valores personales interactúan con las condiciones de vida y con la satisfacción con la vida para determinar la CV.

A su vez, cada uno de los componentes de la CV se dirige a ciertas áreas relevantes de evaluación que, aunque son denominadas de formas ligeramente diferentes según los autores, podrían agruparse en cinco:

1. Bienestar físico,
2. Bienestar material,
3. Bienestar social,
4. Desarrollo y actividad y
5. Bienestar emocional.

La Escala Comprensiva de Calidad de Vida de Cummins evalúa el *componente objetivo* y el *subjetivo* referido a siete áreas:

- A. Cosas materiales
- B. Salud
- C. Productividad
- C. Intimidad
- D. Seguridad
- E. Lugar en la comunidad
- F. Bienestar emocional.

El *componente objetivo* se evalúa mediante la formulación de una serie de preguntas, simultáneamente, al sujeto y a un cuidador de atención directa que lo conozca suficientemente. En caso de que esto no fuera posible, se aplicaría exclusivamente al cuidador. Dichas preguntas aluden al nivel de ingresos, características de la vivienda, pertenencias personales, estado de salud, presencia de discapacidad, actividades realizadas, relaciones personales, etc.

Para evaluar el *componente subjetivo* se recogen dos tipos de datos:

1. los aportados por el cuidador de atención directa y
2. los aportados por el propio sujeto. En ambos casos se considera el grado de *importancia* que el sujeto concede a cada una de las áreas y la *satisfacción* que dicha área le proporciona.

A la hora de delimitar conceptualmente lo que es la CV resulta difícil aceptar una sola definición debido principalmente a su propia naturaleza multidimensional. Nos encontramos, por tanto, ante un constructo que pretende abarcar la casi totalidad de la dimensión humana en todos sus aspectos: social, personal, ambiental, económico, etc.

A lo largo del tiempo distintos autores y organizaciones han intentado abordar la CV desde distintos enfoques. Así, ha evolucionado desde una concepción puramente sociológica, como aparece en documentos de la ONU y OCDE<sup>4,5</sup> en la que primaban los aspectos objetivos de nivel de vida, pasando por la perspectiva psicosocial<sup>6,7</sup> donde los aspectos subjetivos se constituyen en el pilar fundamental, hasta la situación actual<sup>8,9</sup>, en la que indiscutiblemente se asume la subjetividad y el carácter multidimensional de la CV.

Se han propuesto diferentes modelos sobre CV<sup>10</sup>, aunque el "modelo bio-psico-social" de Wilson podría ser el más completo, pues permite describir estados de salud y, al mismo tiempo, se centra en el individuo que vive en sociedad.

Considerando la definición de salud de la OMS, según la cual ésta no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar físico, psíquico y social; el propio concepto de CV debe incorporar en su construcción teórica esta misma naturaleza multidimensional.

La valoración que realiza una persona sobre su CV actual está impregnada tanto de dimensiones subjetivas como objetivas y, seguramente, dicha valoración estará condicionada por el tipo de relación que se establezca entre ambas dimensiones, así como por una serie de factores (por ejemplo sexo, edad y estatus social) que actuarían como moduladores.

En gerontología, la perspectiva del ciclo vital y el desarrollo humano, añadiendo más vida a los años, lleva a lograr una esperanza de vida libre de discapacidad a través de estilos de vida y comportamientos saludables. En definitiva un proceso de envejecimiento con una aceptable calidad de vida. El concepto de calidad de vida (CV), desde esta premisa, es tener una existencia plena, intensa y satisfactoria, presente en la meta de añadir más vida a los años.

La OCDE (1982)<sup>5</sup> elaboró un listado de seis indicadores de CV: salud; educación y adquisición de conocimientos; trabajo y empleo; tiempo libre y ocio; capacidad adquisitiva de bienes y servicios; entorno social.

La OMS integra varias conceptualizaciones definiendo la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Evalúa seis áreas: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión o creencias personales.

Una CV óptima en el envejecimiento exige un intelecto sin alteraciones, ausencia de problemas mentales, hábitat satisfactorio, buenos amigos, familia acogedora y comprensiva, seguridad económica para obtener los mínimos necesarios, hogar adecuado y sensación de bienestar o felicidad.

En relación con la salud física, una de las dimensiones más importantes de la calidad de vida, debemos incluir tres campos: físico, mental y social. Entendemos la salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, incluyendo otros factores determinantes como la espiritualidad, la percepción del entorno, el hogar y la economía" (OMS).

Al envejecer se producen una serie de modificaciones morfológicas y funcionales y la capacidad de adaptación disminuye con el paso de los años, estrechándose el margen de seguridad ante las agresiones o requerimientos de nuestro medio. También es obvio que la prevalencia de enfermedades es más elevada que en etapas anteriores de la vida.

La salud es la principal preocupación de los mayores, como confirma el estudio Imserso-Cis del año 1998<sup>11</sup>; en esta encuesta 2/3 de los encuestados valoran como aspectos más importantes para la calidad de vida la salud y el poder valerse por sí mismos. Este estudio ratifica el libro Blanco "el Médico y la Tercera Edad" (1987) en el que el 74% de la muestra manifestaba que lo peor de la ancianidad eran los achaques, enfermedades y pérdidas de facultades físicas y psicológicas (Tabla 1).

Tabla 1.  
Componentes  
de la calidad de vida

- 
- *Salud*: objetiva, subjetiva; física y psíquica.
  - *Integración social*: referida a las relaciones con la familia, los vecinos y amigos.
  - *Habilidades funcionales*: considera el grado de independencia que mantiene el sujeto y sus dificultades para desenvolverse en su vida diaria.
  - *Actividad y ocio*: nivel de actividad, forma de ocupar el tiempo y satisfacción en cómo ocupar el tiempo.
  - *Calidad ambiental*: se refiere a la satisfacción que el sujeto tiene con una serie de aspectos objetivos de la vivienda donde habita.
  - *Satisfacción con la vida*.
  - *Educación*
  - *Ingresos*
  - *Servicios sociales y sanitarios*.
- 

## Estudios de campo sobre calidad de vida

Presentamos algunos estudios de campo realizados por nuestro Grupo de Investigación de Gerontología sobre Calidad de Vida.

### ***Estudio cualitativo en dos grupos de mayores institucionalizados y en el entorno familiar. Analizamos la calidad de vida autopercibida***<sup>12</sup>

Los mayores realizan declaraciones de carácter positivo con relación a su calidad de vida. Los motivos de institucionalización están relacionados con elementos que también han de ser considerados negativos en la percepción de la calidad de vida, como la viudedad, o la enfermedad<sup>13,14</sup>. La salud es preocupación principal. La presencia de personas en mal estado de salud es un aspecto que incide negativamente en su bienestar.

No existen diferencias significativas de género. La característica principal de los mayores son sus ganas de vivir y de pasárselo bien<sup>15,16</sup>. Cuando hablamos de la institucionalización, la valoran positivamente, e incluso algunos de ellos piensan ingresar, algún día, en una residencia. La valoración que los residentes hacen de la calidad de sus relaciones personales es un buen indicador de la integración social de los mayores. En sus relaciones con los demás todos declaran tener buenos amigos, salir de viaje y gozar de buenas relaciones en su entorno<sup>17,18</sup>.

El reto, está en investigar las múltiples posibilidades alternativas a la institucionalización, y para aquel caso en la que ésta constituya la solución más viable, analizar las formas de potenciar el apoyo social percibido por los mayores como forma de mejorar su calidad de vida<sup>19</sup>.

## **El ejercicio físico como elemento de calidad de vida**

El ejercicio físico es una actividad eficaz y rentable en la consecución de calidad de vida en el mayor. El ejercicio físico contribuye a mantener una vida saludable y en los mayores es una actividad que contribuye a aumentar su calidad de vida y mantener unos niveles aceptables de independencia, eliminando y previniendo minusvalías unidas al proceso de envejecimiento<sup>20,21</sup>.

Un ejercicio físico adecuadamente planificado y correctamente realizado, con un desarrollo fisiológico, aumenta la vitalidad de nuestros mayores previniendo síndromes invalidantes y estimulando su autonomía y hábitos saludables<sup>22</sup>.

Los ejercicios físicos como formación para el ocio son parte de la educación para la salud en los mayores y son una actividad que debemos estimular y planificar en nuestras instituciones geriátricas integrándola en los programas de ocio y salud que el mayor realiza a lo largo del día<sup>23</sup>.

## **Estilos de vida saludables**

Además del ejercicio físico, alimentación, entorno ambiental, ocio y tiempo libre, contribuyen a un envejecimiento fisiológico en salud consiguiendo una aceptable calidad de vida.

- a. La *alimentación o nutrición* es uno de los factores modificables susceptible de influir en la calidad de vida, puede ser controlada eficazmente y con un pequeño coste. El incremento de la esperanza y calidad de vida en el mayor esta relacionado con una mejor alimentación, sabrosa, nutritiva e imaginativa.
- b. Los *entornos agradables* también contribuyen a una adecuada calidad de vida en el mayor. La incapacidad en un entorno con barreras arquitectónicas es un factor importante que induce a la depresión en el mayor<sup>24</sup>. Los mayores con limitaciones insuperables en su entorno ambiental tienen hasta cinco veces más riesgo de caer en depresión que los no discapacitados. En la depresión del anciano (Martín Prince, 1999)<sup>25-27</sup> la presencia de incapacidad es muy superior a otros factores de riesgo y muy relacionada con el ambiente. Esta depresión del mayor es susceptible de mejora, modificando el entorno.
- c. Los *programas de ocio y tiempo*  
Las actividades realizadas en estos programas sirven para que la persona alcance bienestar físico, psíquico y autoestima, ocupando el tiempo

libre y obteniendo la máxima independencia funcional. Las actividades de ocio y tiempo libre tienen una serie de finalidades, como recuperar la función física y la estabilidad psíquica (funcionales), conseguir la independencia de la persona para todas las actividades de la vida diaria (de autoayuda), luchar contra la ansiedad, aburrimiento, introspección, etc. de todos los días (de sostén), ocupar el tiempo libre (recreativas), estimular el juego y el tono vital (lúdicas), etc. Desde el punto de vista gerontológico la terapia ocupacional de ocio, aumenta la capacidad de relación de la persona, su nivel de comunicación intra e interpersonal, su calidad de vida, en definitiva potencia la propia imagen y seguridad en uno mismo<sup>28</sup>.

## **Calidad de Vida y Salud**

En la sociedad occidental la calidad de vida del anciano se relaciona con una serie de variables psicosociales (familia, amigos, nivel académico alcanzado, salud, trabajo desempeñado, disponibilidad económica, vivienda, entorno). Hemos visto la importancia de alguna de estas variables en la autopercepción del estado de salud También hemos comprobado la correlación importante entre salud y calidad de vida autopercebida<sup>29,30</sup>.

La calidad de vida subjetiva es mayor en los hombres que en las mujeres, quizás porque el envejecimiento es percibido por la mujer como más negativo. Los mayores asocian estrechamente un buen estado de salud con una buena calidad de vida. Existen factores sociales de especial influencia en la salud autopercebida como los amigos, el nivel económico y el nivel académico alcanzado.

Las patologías crónicas no influyen sobre la autopercepción de la calidad de vida en la medida que está controlado terapéuticamente.

Comprobamos en la investigación que sólo condiciona el nivel de calidad de vida un número importante de síntomas subjetivos de enfermedad, que asimismo influyen sobre la autopercepción del estado de salud<sup>31,32</sup>.

## **Bibliografía**

1. Brown RY. *Quality of life for handicapped people*. London: Croom Helm, 1988.
2. Parmenter TR. An analysis of the dimensions of quality of life, how much do they agree with each other? En: R.

- Y. Brown (De.). *Quality of life for handicapped people*. London: Croom Helm, 1988.
3. Cummins RA. *Comprehensive quality of life scale-intellectual disability*. Melbourne: Psychology Research Center, 1992.
  4. Flanagan JC (1978). A Research Approach o Improving our Quality of Life. *Am Psychol* 138-1475.-OCDE (1982). Social Indicators and Social Accounts. Office of Management and Budget (USA).
  5. OCDE. Social Indicators and Social Accounts. Office of Management and Budget (USA), 1982.
  6. Andrews FM, Withey SB. *Social Indicators of Well-Being*. New York: Plenum Press, 1976.
  7. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage Foundation, 1976.
  8. Bobes J. *Calidad de vida*. Monografías de Psiquiatría, 1993;6:5-12.
  9. Fernández Ballesteros R, et al. *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales, 1996
  10. Blanco Abarca, A. La calidad de vida: supuestos psicosociales. En: J.F. Morales (Dir.), *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1985.
  11. IMSERSO. Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar 1995.
  12. Fernández Ballesteros. S. Construcción de un instrumento breve de evaluación de calidad de vida. En: *calidad de vida en la vejez en diferentes contextos*. (Cap.6). Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSS 1996.
  13. Bazo MT (coord.) *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Ed. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 1999.
  14. Castellón A, Alexandre M, et al. Calidad de vida y senectud, estudio comparativo en función del sexo. En: *Geriatría XXI*. 1997;13(8).
  15. Rubio Herrera R, Alexandre Rico M, Cabezas Casado, JL. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población anciana andaluza. En: *Geriatría* 1997;13.
  16. Rubio Herrera R, Cabezas Casado JL. Estudio sobre la calidad de vida y la salud desde la perspectiva intraindividual e interindividual. En: *Temas de Gerontología III*. Universidad de Granada, 2000.
  17. Iglesias de Ussel J, López Doblas J, Díaz Conde M<sup>ª</sup>P. La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Madrid: IMSERSO, 2001.
  18. Sáez Méndez H. *Calidad de vida en las personas mayores de Andalucía*. Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, 2000.
  19. Cava, Musitu. Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista multidisciplinar de gerontología* 2000;10(4).
  20. García Montes M. A. Programas de actividad física en el anciano. 24 pags. Experto en Gerontología Social. Universidad de Granada, 1996.
  21. Castellón S, del Pino A. Programa de ejercicio físico en la Tercera edad. 26 pags. 1as Jornadas de Atención Primaria de Levante-Alto Almanzora. Almería. 1993.
  22. Sáez Narro N, Aleixandre Rico M. Actividad, ocio y tiempo libre en sujetos mayores. En: *Tratado de Psicogerontología*. Sáez Narro M, Rubio Herrera R, Dosil Maceira A. *Promolibro* 1996;329-39.
  23. Muñoz Tortosa Juan. *Psicología del envejecimiento*. Granada: Ed. Pirámide, 2002
  24. Castellón A, Rubio Herrera R, Aleixandre M. Nivel de autoestima en los mayores tras un programa de ocio. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(4):225-9
  25. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999;70:85-90.
  26. Belsky JK. Psicología del envejecimiento. *Masson* 1996;459.
  27. *Science* 1999;285:372-88.
  28. Castellón A. Beneficios de las actividades de ocio y tiempo libre en las personas mayores. En: *Calidad de vida en los alumnos universitarios mayores de Miguel Guirao Pérez, Ramona Rubio Herrera*. M<sup>ª</sup> del Mar Morales Hevia y Eduardo Fernández de Haro. 177 págs. Grupo Editorial Universitario. Universidad de Granada, 1996;155-7.
  29. Hasseltus Betty Risten. Envejecimiento y Salud. Págs. 733-748. En: *Manual de Terapia Ocupacional*. De. Panamericana, 1998.
  30. Rogers JC. *Gerontopsiquiatría*. En: *Manual de Terapia Ocupacional*. De. Panamericana, 1998;753-62.
  31. Morag Farquhar. Elderly People's definitions of quality of Life. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1439-46
  32. SEGG. Geriátría XXI Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: EDIMSA, 2000.