

Autopercepción de la calidad de vida

Alberto Castellón¹
Victorina Romero²

¹Doctor en Medicina
y Cirugía
Grupo
de Investigación
de Gerontología
²Licenciada en
Ciencias Políticas
y Sociología
Grupo
de Investigación
de Gerontología
Universidad
de Granada

Resumen

Presentamos un estudio cualitativo realizado con dos grupos de mayores, institucionalizados y en el entorno familiar. Analizamos la calidad de vida autopercebida por estos mayores, las diferencias y/o similitudes entre la autopercepción de hombres y mujeres y los factores sociales que influyen en la misma.

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. 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.

Cuando hablamos de la institucionalización, la valoran positivamente, e incluso algunos de ellos piensan ingresar, algún día, en una residencia.

Palabras clave: Institucionalización. No institucionalización. Calidad de vida. Mayores. Sexo. Organización familiar.

Summary

This is a qualitative study carries out on two groups of elderly, institutionalised and in their family circle. We analyse the quality of life self-perceived by these people, the differences and similarities between men and women's self-perception and the social factors which have an influence in it.

The elderly make positive statements related to their quality of life. The reasons of institutionalised are related to elements that have to be considered negative in the quality of life, such as disease or widowerhood/widowhood. They are very worried about health. The fact that there are people in poor health affects in their well-being in a negative way.

There are no significant differences between genders. The will to live and to feel good are the main characteristics in the elderly.

Old people make a positive assessment when we speak about institutionalisation, and even they think about joining someday an old elderly's home.

Key words: Institutionalisation. Non institutionalisation. Quality of life. Elderly. Sex. Family circle.

Introducción y objetivos

El incremento de la esperanza de vida en la sociedad occidental ha generado un creciente interés por las personas mayores. Entre las investigaciones gerontológicas son bastantes las que se centran en los factores que afectan a la calidad de vida en la medida en que ésta se convierte en un indicador de envejecimiento satisfactorio. Todas ellas comparten la idea de que no sólo es relevante mantener un estado de salud física sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social¹.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que integra una serie de áreas y es necesario circunscribirlo a ciertas variables personales y contextuales. Con este objetivo, se han realizado una serie de estudios como el de Fernández Ballesteros y Maciá (1996)². Sus resultados son compartidos por otros autores que utilizan las distintas partes en que desglosan la calidad de vida mediante una entrevista estructurada aplicada a una muestra representativa de la población española. Los resultados establecen nueve componentes de la calidad de vida (Tabla 1).

La calidad de vida puede ser medida a través de indicadores objetivos, tales como el nivel de salud y los ingresos, y a través de indicadores subjetivos⁴. Nos centramos en la calidad de vida subjetiva, a partir del supuesto de que es un elemento clave en el envejecimiento satisfactorio, el cual se apoya en el grado de satisfacción y bienestar percibido⁵.

El objetivo general de la investigación es el estudio de la calidad de vida autopercebida en dos grupos de mayores, institucionalizados y no institucionalizados.

Correspondencia:
A. Castellón Sánchez
del Pino
E-mail:
acastellon@semergen.es

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 ³
– 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 o residencia donde habita
– Satisfacción con la vida
– Educación
– Ingresos
– Servicios sociales y sanitarios

Los objetivos específicos son:

1. Comprobar y describir las diferencias y/o similitudes entre la autopercepción de la calidad de vida en hombres y en mujeres mayores institucionalizados y no institucionalizados.
2. Describir los factores sociales que influyen en la calidad de vida autopercebida de los mayores⁶; factores sociales entendidos como:
 - Trayectoria de vida
 - Integración social: relaciones afectivas, relaciones familiares, etc.
 - Niveles de actividad, ocio y tiempo libre.
 - Calidad ambiental.
 - Niveles de salud, tanto física como psíquica.
 - Causas de la institucionalización (en el caso de los institucionalizados).
 - Imagen de las residencias de mayores (en el caso de los no institucionalizados).

Metodología, técnicas y planificación de la investigación

Aportamos una perspectiva cualitativa con la finalidad de que sean los sujetos los que definan su propia situación dándoles una mayor libertad de expresar sus opiniones. Las matizaciones aportadas por los mayores sobre sus propias experiencias podrán abrir nuevas vías para la investigación en este campo.

Los métodos cualitativos son, en opinión de Schwartz & Jacobs (1984), “los mejores para tener acceso al mundo de la vida de otras personas en breve tiempo”. De hecho, lo que pretendemos en todo momento es hacer hablar a los actores acerca de su calidad de vida, de manera que los planteamientos

teóricos llegan siempre como consecuencia de las expresiones y modos de decir, sentir y actuar de quienes participan en el trabajo. Las técnicas empleadas para el desarrollo de la investigación son la entrevista semi-estructurada y el grupo de discusión⁷.

Técnicas

La entrevista (Tabla 2)

Es una de las principales técnicas cualitativas de investigación social⁸. Se le suele llamar entrevista abierta, en profundidad o, de manera más tradicional, entrevista focalizada para referir la producción de un texto de naturaleza cualitativa. Como técnica cualitativa, la entrevista es una de las vías más comunes para investigar la realidad social. Básicamente, la técnica consiste en obtener información verbal mediante la interacción entre dos personas: el entrevistado y el investigador.

La subjetividad directa del producto informativo generado por la entrevista es su principal característica y su principal limitación. La entrevista abierta de investigación social tiene su mayor sentido al ser utilizada en individuos concretos que, por su situación social, nos interesan para localizar discursos que cristalizan, no tanto los metalenguajes de colectivos centralmente estructurados, sino las actuaciones de descentramiento y de diferencia expresa.

La llamada función emotiva o expresiva, centrada en el destinatario, se convierte en el punto central de referencia de la práctica de la entrevista abierta de investigación. Apunta a conseguir una expresión directa de la actitud del emisor ante aquello que constituye su mensaje. Tiende a producir la impresión de una cierta emoción, sea verdadera o fingida. Es reflejo de la subjetividad del emisor, revela su actitud ante la naturaleza del referente de investigación (en cuanto que objeto va a conocer) y se define así en esta función las relaciones internas entre el mensaje y su autor.

Para Ruiz Olabuénaga (1996), la entrevista es la herramienta favorita del investigador cualitativo y “no es otra cosa que una técnica para obtener información, mediante una conversación profesional con una o varias personas, para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales”. La entrevista es una herramienta única para acceder a significados que sólo pueden salir a la luz mediante el proceso de interacción entre el entrevistador y el entrevistado⁹.

Las entrevistas tienen un carácter individual, holístico (recorriendo panorámicamente el mundo del actor)

y semi-estructurado. A caballo entre el cuestionario cerrado (con paquetes de preguntas y respuestas establecidas de antemano) y la conversación abierta (sin ningún tipo de guión previo).

El grupo de discusión (Tabla 3)

Es una técnica de investigación social que (como la entrevista abierta o en profundidad) trabaja con la palabra⁹. En ella, lo que se dice (lo que alguien dice en determinadas condiciones de enunciación) se asume, como punto crítico en el que lo social se reproduce y cambia, como el objeto de las ciencias sociales. En toda conversación se articula el orden social y la subjetividad.

Ahora bien, ¿por qué precisamente en grupo?, ¿por qué no limitarnos a las entrevistas abiertas individuales?

La razón la hallamos en las características mismas del discurso social. La ideología, en su sentido amplio (conjunto de producciones significantes que operan como reguladores de lo social), no habita, como un todo, ningún lugar social en particular; aparece diseminada en lo social y no es interior al individuo, en el sentido de una subjetividad personal, sino exterior, social.

Si el discurso social se halla diseminado en el social mismo, el grupo de discusión equivaldrá a una situación discursiva, en cuyo proceso este discurso diseminado se reordena para el grupo. Situación de grupo, equivale, entonces, a situación discursiva. El grupo actúa así como una retícula que fija y ordena, según criterios de pertenencia, el sentido social correspondiente al campo semántico concreto en el que inscribe la propuesta del prescriptor.

En este contexto, la calidad de vida está mediatizada por una serie de variables¹⁰. Este estudio se centra en analizar la influencia tanto de la institucionalización como de la no institucionalización en la percepción que el sujeto hace de su calidad de vida, así como si existen diferencias de género en esta autopercepción. Valoramos los componentes antes citados de la calidad de vida, resaltando la integración social, sobre todo en el ámbito familiar, así como las habilidades funcionales en relación al tipo de ayuda institucional prestada a los mayores.

Variables

Variable institucionalización- no institucionalización

El interés por la situación de los mayores institucionalizados ha sido objeto de varios estudios. Destaca-

-
- Duración de la institucionalización
 - Trayectoria de vida
 - estado civil (duración...)
 - trabajo que desempeñaba
 - ingresos que tenía
 - nivel de estudios
 - hábitat rural o urbano
 - tipo de vivienda
 - con quién vivía
 - Relaciones afectivas previas a la institucionalización
 - número de hijos
 - cuidado de los hijos
 - tareas del hogar
 - relaciones de la familia extensa
 - relación con los hijos (antes de la institucionalización)
 - cuidado de sus padres
 - Causas de la institucionalización
 - estancia en otros centros
 - viudedad
 - dependencia de los hijos
 - autonomía física
 - situación económica
 - decisión voluntaria o involuntaria
 - Imagen de la residencia
 - ¿Había pensado en algún momento de su vida que ingresaría en una residencia?
 - opinión de las residencias antes de ingresar
 - barreras físicas de la residencia
 - valoración general actual
 - adaptación al nuevo contexto, lo mejor y lo peor de la residencia
 - Integración social
 - relación con otros residentes
 - amigos íntimos
 - relación con el personal de la residencia
 - relación con familiares: visitas de hijos, familiares, desde cuando no los ve...
 - relación con gente de fuera
 - satisfacción de sus interacciones sociales
 - Estado de salud
 1. Físico
 - percepción de malestar físico
 - dolencias
 - alguna enfermedad crónica
 - autonomía personal
 - preocupación por su estado de salud actual
 2. Estado de ánimo
 - soledad
 - sentirse útil
 - deprimido
 - irritable
 - desamparo
 3. Autoestima
 - imagen que tienen los demás de usted
 - Actividad y ocio
 - ¿se le hace muy largo el día?
 - ¿qué hace? Leer, ver la TV, pasear...
 - ¿se siente aburrido?
 - ¿le gustaría realizar otro tipo de actividades?
-

*Tabla 2.
Guión entrevista mayor
institucionalizado*

Tabla 3.
Introducción grupo
de discusión

“Buenas tardes, los he reunido aquí esta tarde para hablar. Vamos a hablar sobre calidad de vida, es decir, sobre sus vidas, lo que ahora tienen y antes no tenían, sobre sus situaciones actuales, sus vidas, en general... También sobre los ancianos que están en residencias, la opinión que ustedes tienen de ellas, etc.
No va a haber turnos de palabra, el que quiera empezar a hablar puede hacerlo, pero siempre por favor respetando un orden y respetando a la persona que está hablando... Muchas gracias.”
Vamos a empezar hablando sobre vivencias que ustedes hayan tenido que pueden haber marcado sus vidas...

mos el de Cava y Musitu (2000): “Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados”¹¹ y el de Bazo (1997), “Institucionalización de las personas ancianas”³. Ambos estudios, el primero con una metodología cuantitativa y el segundo con cualitativa, se realizan en base a muestras pequeñas y no representativas de la situación general de estos mayores, pero algunos resultados son útiles para nuestra investigación.

Según la investigación de Cava y Musitu¹¹, los mayores que viven en residencias parecen tener una imagen más desfavorable con respecto al grado en que son valorados y considerados en su familia que los mayores que no están institucionalizados. Sin embargo, según sus resultados, la variable institucionalización no sería por sí sola indicadora de mayor o menor bienestar.

Estas conclusiones contrastan con otros estudios según los cuales sólo un ocho y un diez por ciento de las personas entrevistadas desean ingresar en una residencia (Bazo 1997/99, Cruz y Cobo 1990 y Cuadernos de mujeres europeas 1997) y la mayoría aspira a vivir en su propia casa separada de otros miembros de la familia (Fundación Caixa 1994)^{1,3}.

Ante esta discrepancia de resultados, hay que advertir que ambos estudios restringen sus conclusiones a las muestras analizadas y no al total de mayores institucionalizados. Ahora bien, si la variable institucionalización no es por sí sola la indicadora de bienestar para Cava y Musitu¹¹, consideramos que las causas de la institucionalización entroncan directamente con los componentes de la calidad de vida ya analizados:

- a. el creciente deterioro físico
- b. la incapacidad o falta de voluntad de las personas con quienes conviven de prestar los cuidados que el mayor necesita

- c. la falta de servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente (Tobin y Liberman 1976)¹².

Otro elemento señalado por Bazo, y que creemos puede afectar a la autopercepción de la calidad de vida de los mayores, es la imagen interiorizada de las residencias antiguas (asilos) que aparece asociada a la pobreza, el abandono familiar y la marginación social.

Variable sexo

El interés por analizar las posibles diferencias entre hombres y mujeres lo suscitan las conclusiones que aportan algunos de los estudios realizados (CIRES 1992, estudio CIS-INRSO 1998) que coinciden en afirmar que la percepción de la calidad de vida en las mujeres es más negativa que en los hombres^{4,7}. Entre los parámetros que componen el concepto de calidad de vida, encontramos que la salud es el más importante en la escala de valoración de los mayores de ambos sexos, asimismo es donde se encuentran las diferencias más destacables entre géneros. Según los resultados del estudio (Castellón y Aleixandre 1997)⁴ sobre mayores de la provincia de Granada, para las mujeres, “la familia”, “la salud” y “el entorno general donde viven” tendrían mayor importancia en la composición de la calidad de vida que para los hombres, mientras que “el trabajo que realizaron” sería más importante para ellos.

Gran parte de estas diferencias de género parece marcarse por el hecho de que la vejez en la mujer puede que sea menos deseable por estar más relacionada que en el hombre a problemas de viudedad, problemas económicos, etc. (Arber y Ginn 1994)¹. Evidentemente, aquí habría que tener en cuenta que las mujeres viven más años que los hombres, lo que hace que el deterioro cognitivo y la dependencia debido a enfermedad, sean visiblemente mayores que en los hombres.

Variable organización familiar¹²

Otro factor que puede influir en la diferencia al percibir calidad de vida es la rapidez de los cambios que ha experimentado la organización familiar. Las mujeres que hoy son mayores, han estado estrechamente vinculadas al modelo de familia tradicional. Pero también han asistido al proceso por el que ha ido asentándose progresivamente el modelo de familia nuclear en detrimento del anterior. Los cambios en la estructura familiar han motivado variaciones en los roles que asumen los miembros de las familias. Este proceso afecta a la mujer en mayor medida que al hombre porque tradicionalmente para ellas

la realización personal ha estado más vinculada al ámbito de la familia, mientras que en el caso del hombre se ha centrado más en el profesional.

Datos del estudio

En el estudio de campo, para la recogida de datos, hemos utilizado grabaciones de audio en las entrevistas y en los grupos de discusión. Hemos utilizado cuadernos de notas donde hemos recogido las apreciaciones personales en el transcurso de la investigación.

En el registro de datos utilizamos el programa informático de análisis cualitativo, Programa ATLAS-TI 4.2 (Figura 1). Este programa no analiza los datos obtenidos de las investigaciones cualitativas. Es una herramienta de ayuda en el proceso de análisis de datos cualitativos, nunca el instrumento de análisis. El instrumento de análisis siempre es el investigador social que, con la ayuda de un diseño eficiente de la investigación, puede lograr rendimientos óptimos con la implementación adecuada de este tipo de software. A mediados de los años ochenta, se desarrollaron estos sistemas informáticos para ayudar a los investigadores a organizar y manejar grandes cantidades de bases textuales, que componen usualmente las investigaciones con datos cualitativos. En principio, estos programas se centraban en la tarea de codificar pasajes de texto y permitir la posterior recuperación e indexación del material codificado. A medida que evolucionaron los programas, los desarrolladores implementaron soluciones avanzadas, fundamentalmente en la recuperación de los códigos, centradas en la construcción de redes de categorías de códigos, prueba o construcción de teoría y contraste de hipótesis. Es a partir de las nuevas relaciones desarrolladas cuando se puede empezar a hablar de análisis de datos por parte del programa, siempre con la supervisión del investigador.

El diseño de la investigación, trabajo de campo, tratamiento de datos y su posterior análisis se realiza en los meses de junio-noviembre de 2003.

La localización del estudio se centra en la provincia de Almería. El trabajo de campo se realiza, por medio de las entrevistas, en una residencia geriátrica asistida y pública. La institución cuenta con sesenta y dos internos, con una media de edad de setenta y tres años. Realizamos varias visitas para conocer el entorno y los propios residentes. Después mantene-mos diversos encuentros con el personal de la misma. La elección de la muestra es aleatoria, seleccionando dos mayores (un varón y una mujer) que no presentan ningún grado de deterioro psíquico.

El grupo de discusión está formado por seis mayores (tres varones y tres mujeres), con edades comprendidas entre los sesenta y seis y los ochenta años. La elección de la muestra es aleatoria entre la población mayor del entorno geográfico donde esta situada la residencia geriátrica. Hay representación de diferentes niveles sociales dentro del grupo. Los participantes no saben el tema a tratar en el grupo hasta el instante en que comienza.

Resultados y discusión (Figura 1)

La primera aportación que hay que hacer sobre la base de los resultados es que todos los mayores que han intervenido en este estudio (entrevistas y grupo de discusión) realizan declaraciones de carácter positivo con relación a su calidad de vida, no obstante esta afirmación necesita de algunas matizaciones.

En la muestra de residentes la preocupación de “quedar bien” ha podido sesgar sus respuestas. Esta percepción de los mayores ha generado unas respuestas favorables a las preguntas que directamente se dirigían para conocer su opinión sobre la residencia y sobre su bienestar.

Los motivos que desencadenaron el ingreso en la residencia están relacionados con elementos que han de ser considerados negativos en la percepción de la calidad de vida, como la viudedad o la enfermedad. En este aspecto existen diferencias apreciables entre hombres y mujeres, como en los estudios co-



Figura 1.
Calidad de vida en la institución residencial

mentados. La viudedad suele ser causa de ingreso en una residencia entre los varones y, por el contrario, la mujer lleva viuda treinta años e ingresa en la residencia por una caída al considerar que estará más atendida. El hecho de que los varones ingresen tras enviudar responde sin duda a la diferenciación de roles por género que han atribuido a las mujeres papeles más relacionados con el cuidado y atención de la familia.

La valoración que los residentes hacen de la calidad de sus relaciones personales es un buen indicador de la integración social de los mayores. El varón no mantiene apenas relaciones con sus hijos, lo cual resulta excepcional que lo afirme. Por lo general y según otros estudios, los mayores suelen justificar los comportamientos de los hijos siendo un mecanismo desarrollado inconscientemente por éstos para no sentirse desplazado por su familia. La mujer entrevistada no tiene hijos, pero si declara tener buenas relaciones con su familia.

El resto de las relaciones mantenidas con los vecinos, residentes y personal son buenas. La compañía de otras personas es una característica positiva que se apunta. Por otra parte, la presencia de personas en mal estado de salud es un aspecto que incide negativamente en su bienestar.

La salud es preocupación principal. Es necesario subrayar que los entrevistados conviven con mayores que se encuentran en un estado físico y psíquico muy deteriorado, lo que sin duda influye en que ellos perciban su estado de salud como bueno.

Los mayores entrevistados no suelen aburrirse, ocupan su ocio con lo que tienen en la residencia, no enuncian propuestas de cómo pasar el tiempo de otra manera, se muestran conformes con su situación actual. Esto puede deberse a que los mayores no conozcan otras alternativas o a que hayan asumido su estado como aquel que se ajusta al rol de anciano.

La homogeneidad de la muestra y su tamaño impide comparar qué factores sociales influyen en un sentido u otro, en la percepción de la calidad de vida de mayores institucionalizados. Los dos residentes entrevistados comparten un elemental nivel de estudios, sus ocupaciones requieren un bajo nivel de cualificación y proceden de hábitat rural. El tratarse de una residencia pública en la que se subvenciona la estancia de los mayores, es obviamente el factor determinante de dicha homogeneidad.

En el grupo de discusión el ambiente fue más distendido que en las entrevistas. No sabían de qué íbamos a hablar, lo que les producía una gran curiosidad.

No podemos señalar que existan diferencias significativas de género. La característica principal de los integrantes son su elevada autoestima y sus ganas de vivir y de pasárselo bien, en su gran mayoría. Es un aspecto que resulta significativo dentro de estas edades.

En sus relaciones con los demás todos declaran tener buenos amigos, salir de viaje y gozar de buenas relaciones en su entorno. En cuanto a la salud, dicen tener "las cosas de la edad" pero aseguran mostrarse jóvenes de espíritu, aspecto fundamental para la evaluación de la calidad de vida.

Cuando hablamos de la institucionalización, sólo tiene muestras de afecto, agradecimiento, atenciones y halagos para la residencia, e incluso algunos de ellos piensan ingresar en ésta algún día.

El discurso de los integrantes es muy positivo en todos los aspectos, se advierten notables diferencias con los mayores institucionalizados, lo cual nos lleva a concluir que la institucionalización condiciona negativamente a la calidad de vida, afirmación que habría que matizar, ya que la muestra no es suficientemente representativa.

El principal 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.

Bibliografía

1. Bazo MT. *La sociedad anciana*. Madrid: Ed. CIS, 1997.
2. Fernández Ballesteros S. Construcción de un instrumento breve de evaluación de calidad de vida. En: *Calidad de vida en la vejez en diferentes contextos*. Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSS, 1996. Cap 6.
3. Bazo MT. *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Ed. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 1999.
4. Castellón A, Alexandre M. *Calidad de vida y senectud, estudio comparativo en función del sexo*. En: *Geriátrica XXI* Junio 1997;13:8.
5. Rubio Herrera R, Alexandre Rico M, Cabezas Casado JL. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población anciana andaluza. En: *Geriátrica* 1997; 13.
6. 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.
7. Iglesias de Ussel J, López Doblas J, Díaz Conde MP. *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: IMSERSO, 2001.
 8. Duro JA, Francés S, Ballesteros VM. *¿Conocemos a nuestros mayores? Estudio sobre las personas mayores de Albolote*. Ed. Ayuntamiento de Albolote. Fundación Francisco Carvajal, 1999.
 9. *La población anciana en la provincia de Jaén*. Jaén: Ed. Diputación Provincial de Jaén, 1990.
 10. Sáez Méndez H. *Calidad de vida en las personas mayores de Andalucía*. Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, 2000.
 11. Cava y Musitu. Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Rev Mult Gerontol* 2000;10:4.
 12. Casals I. *Sociología de la ancianidad*. Madrid: Mezquita, 1982.