



Percepción de la propia salud en la vejez

Celia Buill Vilches

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Percepción de la propia salud en la vejez

Grado en Enfermería

Autor: Celia BUILL VILCHES

Tutor: M^a Ángeles DE JUAN PARDO

Fecha de presentación: 26/05/2015

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta,
fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universidad Internacional
de Catalunya”**

*A mi familia y amigas, por la ayuda y el apoyo
que me han brindado durante estos años, y por su paciencia.*

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a los diferentes profesores de la Universidad Internacional de Cataluña por los conocimientos que me llevo, tanto a nivel académico como a nivel personal. En especial, le agradezco a mi tutora, M^a Ángeles de Juan, que ha sido un gran apoyo durante los cuatro años de carrera, y sobre todo en el trabajo final de grado. En concreto agradezco los diferentes seminarios y tutorías realizadas por Cristina Monforte y M^a Ángeles de Juan, y los recursos que se nos han brindado en *moodle* ya que han sido muy útiles en el desarrollo de este trabajo.

A mis compañeras de clase y amigas, Dolça, Roser, Leire y Lorena, que han sido el mayor soporte que he podido tener en estos años de carrera. Con las que he compartido todos los momentos a lo largo de este camino. Cada una con sus características me han enseñado lo que es ser una enfermera plenamente vocacional.

Me gustaría agradecerle a mi familia, por haberme dado la oportunidad de estudiar esta carrera y por el apoyo que siempre me han dado. Por los esfuerzos que han tenido que hacer para que llegara hasta aquí.

Gracias.

RESUMEN

En las últimas décadas hemos vivido unos cambios demográficos a nivel mundial debido a una disminución de la mortalidad y la natalidad, y un aumento de la esperanza de vida. Estos cambios están produciendo un progresivo envejecimiento de la población por lo que se estima que para el año 2050 haya un total de 2 mil millones de ancianos. Esta situación conlleva un incremento del número de enfermedades crónicas asociadas a la dieta, la educación, la ocupación, el estilo de vida, etc. En ocasiones, el aumento de la esperanza de vida junto con los problemas crónicos puede derivar en una mala percepción de la salud por parte de los ancianos.

Objetivos: conocer cómo es la percepción de la propia salud en personas ancianas e identificar algunos factores que pueden hacer variar la percepción que tienen unos y otros sobre su salud.

Diseño: revisión de la literatura y estudio mixto: estudio transversal descriptivo y estudio cualitativo exploratorio descriptivo.

Metodología: búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Web of Science, SCOPUS y Google Académico con las palabras clave ancianos y percepción de salud de Septiembre de 2014 a Mayo de 2015. Análisis cualitativo de diez entrevistas y análisis cuantitativo descriptivo de cuarenta entrevistas a personas ancianas sobre su percepción de la salud en la vejez.

Resultados: se han identificado dos temas principales relacionados con la percepción de la salud: los cambios en la vejez y la percepción de la vejez. Ambos temas influyen significativamente en la percepción de salud que tienen los ancianos entrevistados. El 69% de los ancianos entrevistados percibían su salud al menos como buena y sólo un 31% como mala o muy mala. Se pueden apreciar diferencias entre el sexo femenino o masculino, teniendo los hombres una buena o muy buena percepción en un 89% de los casos respecto al 63% de las mujeres.

Conclusiones: entre la población anciana estudiada, la percepción de la propia salud fue peor en las mujeres. Los factores que más las influyen son los problemas de salud, la soledad, la alimentación, la dependencia en las AVD y la calidad de vida.

Palabras clave: ancianos y percepción de salud.

ABSTRACT

In recent decades we have lived some worldwide demographic changes due to a decrease in mortality and birth rates, and an increased of life expectancy. These changes are producing a progressive aging of the population so it is estimated that by the year 2050 there will be a total of two billion elderly people. This situation leads to an increase of the number of chronic diseases associated with diet, education, occupation, lifestyle, etc. Sometimes, the rise of life expectancy with chronic problems can lead to poor health perception by the elderly.

Objectives: to determine how self-rated health in older people is, to identify some factors that can change the perception of each other about their health.

Design: literature review and mixed study: descriptive cross-sectional study and descriptive exploratory qualitative study.

Methodology: literature review in the databases: Pubmed, Web of Science, Scopus and Google Scholar using the following keywords: elderly and self-rated health. It was made a qualitative analysis of ten interviews and a quantitative analysis of forty interviews to elderly people about their health perception in old age.

Results: In this project we have identified two main issues related to health perception: aging changes and old age perception. Both issues have a significant impact on the interviewed elderly self-rated health. 69% of older respondents perceived their health at least as good and only 31% as poor or very poor. There are some significant differences between male and female, men having a good or very good perception in 89% of cases compared to 63% of women.

Conclusions: among the elderly population studied, the perception of itself was worse in women. The factors that influence them are health problems, loneliness, diet, dependence in DLA and quality of life.

Keywords: elderly and self-rated health.

Índice

AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICAS	ix
ABREVIATURAS	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	2
3. METODOLOGÍA	2
3.1 Consideraciones éticas:.....	6
4. RESULTADOS.....	7
4.1 Resultados de la revisión de la literatura.....	7
4.2 Resultados del análisis cualitativo de las entrevistas	16
4.3 Resultados del análisis cuantitativo de las entrevistas	25
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
6. LIMITACIONES	41
7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	42
8. SUGERENCIAS PARA LA INVESTIGACIÓN	42
9. REFLEXIÓN PERSONAL.....	43
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

11.	ANEXOS.....	48
11.1	Anexo 1: Calendario de actividades programadas.....	48
11.2	Anexo 2: Carta de evaluación del CER	50
11.3	Anexo 3: Consentimiento informado de la entrevista.....	51
11.4	Anexo 4: Gráficas análisis cuantitativo	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica	3
Tabla 2: Datos sociodemográficos de los diez entrevistados	16
Tabla 3: Temas y subtemas identificados en las diez entrevistas analizadas.....	19

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Búsqueda bibliográfica realizada.....	8
---	---

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Datos sociodemográficos ancianos entrevistados	26
Gráfica 2: Percepción salud ancianos entrevistados	27
Gráfica 3: Percepción salud hombres.....	27
Gráfica 4: Percepción salud mujeres.....	27
Gráfica 5: Percepción salud con problemas de salud	28
Gráfica 6: Percepción salud sin problemas de salud	28
Gráfica 7: PS mujeres con patología.....	29
Gráfica 8: PS mujeres sin patología.....	29
Gráfica 9: PS hombres con patología.....	30
Gráfica 10: PS hombres sin patología.....	30
Gráfica 11: PS mujeres con buen - muy buen descanso	30
Gráfica 12: PS mujeres con mal - muy mal descanso	30
Gráfica 13: PS hombres con mal - muy mal descanso	31

Gráfica 14: PS hombres con buen - muy buen descanso	31
Gráfica 15: PS mujeres disfrutan comiendo.....	32
Gráfica 16: PS mujeres no disfrutan comiendo.....	32
Gráfica 17: PS hombres disfrutan comiendo.....	32
Gráfica 18: PS hombres no disfrutan comiendo.....	32
Gráfica 19: PS mujeres, de 2 a >4 horas al día de ocio.....	33
Gráfica 20: PS mujeres, entre 1 o 2 veces por semana a <1 hora diaria de ocio.....	33
Gráfica 21: PS hombres, de 2 a >4 horas al día de ocio.....	33
Gráfica 22: PS hombres, entre 1 o 2 veces por semana a <1 hora diaria de ocio	33
Gráfica 23: PS mujeres con soledad.....	34
Gráfica 24: PS mujeres sin soledad.....	34
Gráfica 25: PS hombres con soledad.....	35
Gráfica 26: PS hombres sin soledad.....	35
Gráfica 27: PS mujeres autónomas AVD.....	36
Gráfica 28: PS mujeres dependientes AVD.....	36
Gráfica 29: PS hombres autónomos AVD	36
Gráfica 30: PS mujeres mala calidad vida.....	37
Gráfica 31: PS mujeres buena calidad vida.....	37
Gráfica 32: PS hombres mala calidad vida.....	38
Gráfica 33: PS hombres buena calidad vida.....	38
Gráfica 34: Percepción vejez ancianos entrevistados	38
Gráfica 35: Percepción vejez hombres.....	39

Gráfica 36: Percepción vejez mujeres.....	39
---	----

ABREVIATURAS

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria

AVD: Actividades de la vida diaria

DLA: “Day Life Activities”

Et al: y otros.

OMS: Organización Mundial de la Salud

PS: Percepción salud

TFG: Trabajo final de grado

UIC: Universidad Internacional de Catalunya

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos vivido una transformación del sistema demográfico, la conocida “transición demográfica”, donde se ha pasado de una sociedad “preindustrial” a una sociedad industrial o “posindustrial” en la que vemos una disminución de la mortalidad y la natalidad, por lo que la proporción de ancianos crece sustancialmente [1, 2].

Se estima que en el año 2050 haya un total de 2 mil millones de anciano [3]. Esto es debido, entre otras cosas, a los avances médicos y tecnológicos, mejoras en los hábitos nutricionales y del estilo de vida, en la vivienda, en la educación y en el acceso de la población a los servicios sanitarios [1, 2].

Algunos datos que corroboran esta transición demográfica serían los encontrados en la World Health Statistics, donde en el año 2012 España era considerada el segundo país con mayor esperanza de vida del mundo, de 79 años en los hombres y 85 años en las mujeres. Además, según las Estadísticas Sanitarias Mundiales publicadas por la OMS, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años, sobre todo en los países de bajos ingresos donde la esperanza de vida ha aumentado hasta 9 años en promedio entre 1990 y 2012. Aún así, sigue habiendo un importante desfase entre los países pobres y ricos en los que hay muchas más probabilidades de vivir más años [4, 5].

Conforme aumenta la edad, aumenta la aparición de enfermedades por lo que el envejecimiento de la población es una realidad y además su vivencia es distinta para cada persona, así como la percepción de salud. Así como afirman diversos autores “las necesidades de salud varían en las distintas etapas de la vida de las personas. Considerar a la población anciana como un grupo homogéneo puede ocultar la extensión y la naturaleza de las necesidades, así como las diferencias sociales y de género en salud” [6].

La auto-percepción de la salud trata de evaluar de manera subjetiva el estado de salud que tiene una persona sobre sí misma. Diversos autores han expuesto factores que influyen en la percepción que tienen unos y otros. Algunos de ellos eran: la edad, los problemas de salud, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de manera autónoma, entre otros.

Además, diversos estudios han tratado de definirla, a partir de investigaciones, como buena o mala para su población de estudio. La mayoría han concluido que la auto-percepción de la

salud es muy subjetiva y por ello puede ser percibida de diversas maneras por individuos con características similares.

Es por este motivo importante conocer cómo es la percepción que tiene la población anciana sobre su propia salud. Por ello se propone un estudio de investigación que trate sobre la percepción de la propia salud en la ancianidad.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

La pregunta de investigación de este estudio, tanto para la fase cualitativa como para la cuantitativa, es la siguiente:

- Conocer cómo es la percepción de la propia salud en la ancianidad.

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

Objetivo general:

- Explorar cómo es la percepción de la propia salud en un grupo de personas ancianas que han participado en un proyecto sobre la vivencia de la vejez.

Objetivos específicos:

- Identificar algunos factores que pueden hacer variar la percepción que tienen unos y otros sobre su salud.
- Explorar si puede haber diferencias significativas en la percepción de la salud en diferentes grupos de estudio.

3. METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos anteriormente comentados se propone seguir tres fases en el trabajo: revisión de la literatura, estudio transversal descriptivo (mediante el análisis cuantitativo de 40 entrevistas a personas ancianas sobre su vivencia de la vejez) y estudio cualitativo exploratorio descriptivo (mediante el análisis de 10 de las entrevistas anteriores).

Primera fase: Revisión de la literatura

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se determinaron las bases de datos que se utilizarían para realizar la búsqueda. Se decidió utilizar Pubmed, Web of Science (WOS), SCOPUS y Google Académico como servicio de información científica y bases de datos de artículos de investigación biomédica y biológica.

#1	Geriatric
#2	Elderly
#3	Old age
#4	Aging
#5	Aged
#6	Senior
#7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
#8	Health
#9	Self perception
#10	Own perception
#11	Narrative
#12	Lived experience
#13	Feeling
#14	Understanding
#15	Thinking
#16	Self rated
#17	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16
#18	#7 AND #8 AND #17

Tabla 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se diseñó una estrategia de búsqueda en la que se utilizaron unas palabras clave, unos operadores booleanos, unos filtros y unos criterios de inclusión y exclusión, de la siguiente manera.

Se hizo una distinción entre las palabras claves que se tenían que utilizar, dividiéndolas en tres grandes grupos: percepción, salud y ancianidad combinándolas entre ellas con el operador booleano “OR”.

- Percepción: “Self perception OR own perception OR narrative OR lived experience OR feeling OR understanding OR thinking”.
- Salud: “Health OR quality of life”

- Ancianidad: “Geriatric OR elderly OR old age OR old-age OR aging OR aged OR senior”.

Estos tres grupos fueron relacionados con el operador booleano “AND” para realizar la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos, como muestra la Tabla 1.

Como criterios de inclusión se determinó que los resultados fueran artículos de revisión de la literatura o estudios científicos en español o inglés de los últimos 10 años (des de 2005) que trataran sobre la percepción de la salud en los ancianos. Y como criterios de exclusión toda la población diferente a la anciana, bibliografía de diferente idioma y el no tener acceso al texto completo del artículo.

Para ello, se añadieron unos filtros en cada base de datos para que la búsqueda fuera más específica. En Pubmed se especificó que los artículos hubieran sido publicados en los últimos 10 años y que las palabras clave aparecieran en el título. En SCOPUS y WOS se utilizaron los siguientes filtros: que el artículo estuviera escrito en Español o Inglés, que fuera de 2005 o más reciente y que las palabras clave aparecieran en el título o en el “abstract”.

Segunda fase: Análisis cualitativo

Se acordó elaborar un análisis cualitativo de diez entrevistas que habían sido realizadas por alumnos de tercer curso del grado en Enfermería de la UIC en la asignatura de Gent Gran. Este TFG es un subproyecto del estudio que habían hecho los estudiantes de tercero acerca de las vivencias y percepción sobre el propio envejecimiento, y tiene el fin de ampliar el estudio acerca de la percepción que tienen estos ancianos sobre su salud.

No se acordaron criterios de inclusión y exclusión para la selección de las personas mayores que iban a participar en el estudio porque las entrevistas ya estaban hechas. Y como las entrevistas tenían el consentimiento de los ancianos, una vez obtenidos los permisos del Comité de Ética de la Investigación (CEI) de la UIC se empezó el análisis de las mismas.

En las diversas preguntas desarrolladas los ancianos narran lo que significa para ellos el día a día de ser anciano, cómo se sienten en esta etapa de la vida.

Para el análisis cualitativo de las entrevistas se realizó un proceso de codificación. Primeramente se le asignó un código a cada entrevista con una letra y un número, por

ejemplo: E011. Éste fue complementado con un nombre figurado por tal de preservar el anonimato del anciano pero a la vez para reconocer, de manera más cercana, la procedencia de la entrevista y tener una narración que nos acerque más a la experiencia de una persona. Se realizó en 3 partes:

- 1- **Análisis inicial:** se hizo una lectura inicial de cada una de las transcripciones de las entrevistas para realizar una primera conjetura de lo que es para esta persona su percepción de salud. Por ello, en esta parte, se redactó un resumen aproximado de la auto-percepción de la salud de los diversos entrevistados. Este análisis, en definitiva, extrae unas hipótesis de la auto-percepción de la salud para cada uno de los ancianos entrevistados.
- 2- **Análisis estructural:** en éste se analizó qué decía cada parte de la entrevista, es decir, se realizó el análisis del contenido de cada uno de los textos para poder llegar a una comprensión más profunda de la auto-percepción de la salud en la ancianidad. En este proyecto se ha ejecutado el análisis de manera manual. Primeramente se imprimieron dos copias de cada transcripción en un color distinto para cada entrevista, así si había diez entrevistas había diez colores y un total de veinte transcripciones. Una de las copias de la transcripción de cada entrevista se utilizó para realizar el análisis y la otra para tenerla de referencia. El análisis manual consistía en identificar unidades de significado, es decir, palabras o frases que tuvieran un significado en común y anotar una expresión que indicara el tema del que trataba. Por ejemplo, como unidad de significado: *“Pues mira hice 79 años el 14 de Enero”* y como anotación: edad.

Una vez identificadas las unidades de significado se recortaban los fragmentos de los diversos textos y se unían unidades de significado similares. De esta manera teníamos una copia de cada entrevista en fragmentos y otra intacta para utilizarla de referencia en caso que necesitáramos leer la entrevista en su totalidad. Cuando ya teníamos todas las unidades de significado agrupadas por significados similares, extraíamos categorías que indicaran de qué trataban esas unidades de significado similares. Por ejemplo, la categoría “cambios en la vejez” engloba estas unidades de significado: problemas de salud, buen envejecimiento, mal envejecimiento y memoria.

Posteriormente se intentó encontrar la relación entre las diversas categorías consiguiendo un esquema descrito en el apartado de análisis estructural de los resultados del análisis cualitativo de las entrevistas.

- 3- **Análisis comprensivo:** se ha logrado alcanzar una comprensión más profunda de la auto-percepción de la salud en la población anciana a partir de la lectura de las entrevistas y los resultados del análisis estructural y del inicial.

Tercera fase: Análisis cuantitativo

Este trabajo no era el único en el que se analizaban entrevistas a personas mayores ya que tres compañeras más realizaban un proyecto de investigación relacionado con la ancianidad. Se llegó a un acuerdo por tal de poder compartir los datos a la hora de hacer el análisis cuantitativo y las cuatro personas que realizaban un trabajo con análisis de entrevistas se pusieron de acuerdo para poder compartir los datos. Se realizó un documento Excel en Google Drive compartido con las cuatro estudiantes: Carlota, Oihana, Cristina y Celia, y además con la profesora responsable la Dra. María Ángeles de Juan Pardo, en el que se añadieron los datos de las diversas entrevistas: código de la entrevista, sexo, edad, estado civil, percepción de la salud, problemas de salud, reposo o descanso, alimentación, disfrute con la comida, percepción de la vejez, actividades de ocio, tiempo que dedica al ocio, soledad y su descripción, autonomía para las AVD, calidad de vida y descripción de su calidad de vida.

Una vez todos los datos estuvieron introducidos se empezaron a realizar gráficas que mostraran de manera más rápida y sencilla los resultados del análisis de estas cuarenta entrevistas (diez de cada estudiante). Además, se elaboraron gráficas que mostraran la relación entre diversas variables: percepción de la salud y sexo, problemas de salud y sexo, entre otras.

3.1 Consideraciones éticas:

- Se ha evitado el plagio en la redacción de este trabajo, entre otras cosas, poniendo las citas bibliográficas pertinentes.
- Se ha visto conveniente que un comité de ética revisara y aprobara el estudio sobre la percepción de la salud en la vejez, puesto que conlleva la realización de

entrevistas y análisis de las mismas, acerca de temas personales sobre su experiencia en la vejez. Se ha recibido la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Internacional de Catalunya para el presente estudio. Considera que el proyecto reúne los criterios exigidos por la institución y por ello ha emitido el certificado de aprobación para que pueda ser presentado en las instancias que lo requieran. (cfr. Anexo 2).

- Además, para cada entrevista se obtuvo el consentimiento informado escrito (cfr. Anexo 3).

Para asegurar la confidencialidad y anonimato, se ha creado un fichero de datos con un sistema doble de seguridad propiedad de la UIC, CRD en el que se han archivado los datos de manera codificada. En los documentos de los consentimientos de los ancianos para las entrevistas, se han anotado los códigos que se establecieron, y se han guardado en lugar diferente al de las entrevistas, y bajo llave. Solo el tutor ha tenido acceso a los documentos de consentimiento informado, donde también constan los códigos.

En las transcripciones de las entrevistas –bien en versión en papel, o en versión electrónica– se ha añadido el código correspondiente, y se ha eliminado cualquier nombre que apareciera, a menos que se indicara expresamente que eran nombres figurados. De esta manera, se mantendría la confidencialidad y el anonimato.

4. RESULTADOS

4.1 Resultados de la revisión de la literatura

Análisis bibliográfico

En la búsqueda bibliográfica realizada en Pubmed, SCOPUS y WOS se encontraron un total de 151 artículos, de ellos, 3 duplicados; en Pubmed se encontraron 34 artículos de los cuales, después de la lectura del título se seleccionaron 23 para la lectura del “abstract” o resumen. En SCOPUS de 21 artículos que se encontraron se seleccionaron 8 para la lectura del “abstract” y en WOS de 93 artículos que se encontraron se seleccionaron 21 para la lectura del “abstract”. Después de haber realizado la lectura de todos los artículos se hizo una

selección de aquellos que se iban a analizar con profundidad: 15 de Pubmed, 1 de SCOPUS y 7 de WOS.

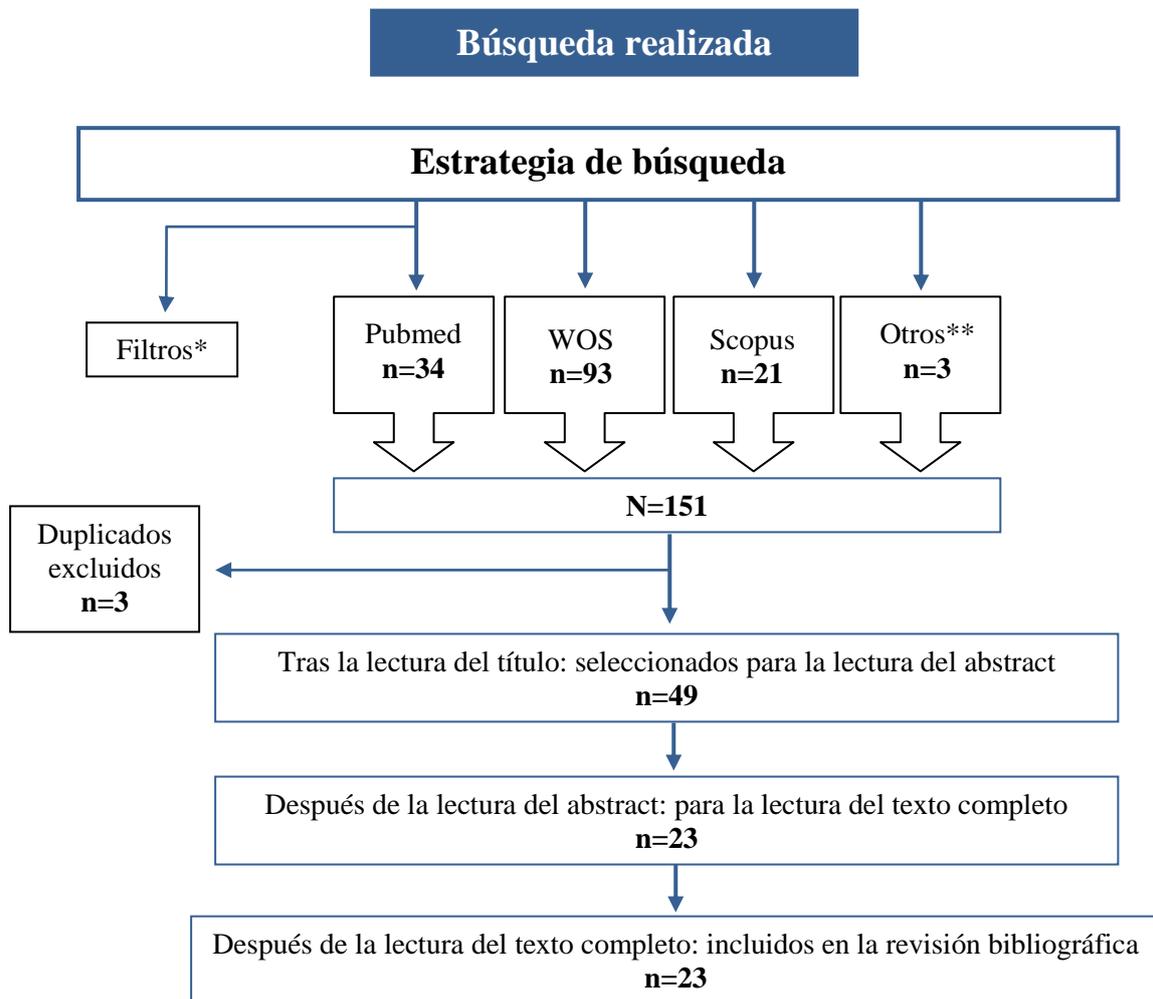


Figura 1: Búsqueda bibliográfica realizada

*Filtros: que los artículos hubieran sido publicados en los últimos 10 años, que las palabras clave aparecieran en el título o en el abstract y que estuvieran escritos en Español o Inglés.

**Otros: búsquedas manuales y referencias de artículos seleccionados.

Análisis del contenido de los artículos o estructural

Después de realizar una revisión de la literatura sobre la percepción que tienen los ancianos sobre su propia salud, se puede observar que este tema ha sido estudiado desde diferentes ámbitos del mundo sanitario.

Envejecimiento de la población

A nivel mundial hemos podido observar un envejecimiento de la población intenso. Que haya un gran número de personas ancianas se atribuye entre otras causas, a los cambios en la estructura social de la población: como la edad, el aumento de la esperanza de vida, el movimiento de las generaciones más jóvenes y la disminución de la natalidad. La esperanza de vida ha pasado de los 56,4 años en hombres y 61,2 años en mujeres en el año 1970 a los 67,5 y 73,3 años en hombres y mujeres respectivamente, en 2010 [7].

Este impacto del envejecimiento ha sido especialmente pronunciado en algunos países. Un ejemplo, son países de América Latina, como Brasil, que han experimentado de manera especialmente rápida este incremento del envejecimiento de la población. Según algunos autores, a causa del aumento de la esperanza de vida, la población anciana de Brasil ha incrementado en 11 millones de habitantes del 1960 al 2000, y se estima que haya 32 millones en 2020, representando el 6º lugar del mundo con mayor población anciana [8]. También se ha vivido un envejecimiento acentuado en algunos países de Europa. Según la OMS, en 2012 España tenía una esperanza de vida de 82 años, siendo el quinto país europeo más longevo, junto con Chipre, Francia, Islandia, Israel, Luxemburgo, Mónaco, Noruega y Suecia [9, 10].

En la población catalana, la esperanza de vida en 1996 era de 75,2 años y de 82,4 años en hombres y mujeres respectivamente [6]. En 2012 aumentó a los 79,8 años en los hombres y a 85,4 años en las mujeres [11]. Como consecuencia de la mortalidad masculina más temprana, existe una feminización de la población de edad avanzada común en la mayoría de países [6].

Envejecimiento y cambios epidemiológicos

El aumento de la ancianidad también es debido a la mejor calidad de vida, al aumento de los ingresos familiares y las mejoras en educación, salud pública, saneamiento y vacunación. A nivel mundial se está reduciendo, a pasos pequeños, la desnutrición, algunas enfermedades infantiles y muchas enfermedades transmisibles. Aún así, “las enfermedades no infecciosas están incrementando, lo que supone dos de cada tres muertes en el mundo en 2010” [7]. Los factores vinculados con estas patologías son generalmente externos, relacionados con la dieta, el tabaco y el alcohol, entre otras cosas. De manera que vivimos más años pero también con más enfermedades [3, 7].

Según el informe de 2010 del IMSERSO y el informe de indicadores básicos de salud del año 2014, en España, las causas más importantes por las que los mayores de 65 años ingresan en un establecimiento hospitalario son las enfermedades circulatorias, respiratorias, digestivas y el cáncer [12, 13]. En Brasil, según un estudio consultado, en el año 2012 las patologías más comunes en la ancianidad eran las enfermedades crónicas, el cáncer, los problemas cardíacos y las disfunciones metabólicas, además de los problemas de salud oral que son directa o indirectamente perjudiciales a la salud general [3]. Por lo que se puede observar, en diferentes partes del mundo las patologías que comúnmente los ancianos padecen son similares.

Autopercepción de la salud

Estas patologías pueden influir directa o indirectamente a la percepción de la salud que tienen los ancianos, haciendo que su percepción sea mejor o peor. Y es que según algunos autores, la auto-percepción de la salud es una autoevaluación subjetiva del estado de salud global, tanto físico como mental, de una persona [14, 15]. Es un indicador geriátrico subjetivo muy utilizado para predecir la mortalidad y la disminución funcional de los mayores. La percepción de la salud está influenciada por las condiciones socioeconómicas y nos muestra una dimensión biológica, social y psicosocial del individuo [8, 16]. Además, ha sido examinada en muchas poblaciones del mundo para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los mayores [16].

En diversos estudios consultados se ha analizado la percepción de la salud en poblaciones ancianas concretas a partir de preguntas como: “¿Actualmente, dirías que tu salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?” Las respuestas eran divididas en dos categorías. Categoría 1: “excelente, muy buena y buena”, y categoría 2 “regular y mala” [15]. Y: “comparado con otros de tu misma edad, cómo percibes tu salud?” [17].

Los resultados según los estudios realizados en diferentes países sobre este tema han sido muy diversos.

Por un lado se puede observar que, según los resultados de algunos artículos analizados, la salud es mal percibida por diversos ancianos entrevistados. Se ofrecen a continuación algunos ejemplos: en un estudio consultado un 15% de los encuestados percibían su salud como regular o mala, cuando objetivamente era buena o excelente [17]. Según otro estudio realizado en 2005 a la población anciana de Bambuí (Brasil), sólo un 25% de los entrevistados

determinaban su percepción de la salud como buena/muy buena mientras que un 49% la percibía como razonable y un 26% como mala/muy mala [8]. De la misma manera, un estudio realizado en 2009 en China afirmaba que sólo 1/3 (32%) de los ancianos percibían una buena o muy buena salud, frente a un 53% de la población que la percibía como razonable y un 15% como mala o muy mala [14]. Igualmente en una encuesta realizada en Cataluña entre 1993 y 1994 casi un 60% de las mujeres mayores de 60 años declaraba no tener buena salud [6]. Estos artículos nos muestran la importancia de motivar a los ancianos con mala percepción de su salud a adoptar actitudes más positivas, con el fin de mejorar la auto-percepción que los ancianos tienen sobre su salud [17].

Por el contrario, en el artículo consultado “*Correlatos de salud subjetiva durante la vida: comprensión de la percepción de salud en los más mayores*”, del año 2012, al menos 2/3 del grupo de los más mayores informaba que su salud era al menos buena [18]. También pasó en un estudio realizado en Singapur en 1998, donde el 90,5% de los ancianos entrevistados tenían una percepción positiva de su salud [19].

Estos artículos nos muestran percepciones muy distintas de la salud, mostrando la subjetividad del indicador.

Para conocer más profundamente este fenómeno se ha consultado un artículo de Séculi et al. en el que afirman que casi el 60% de las mujeres declaraba no tener buena salud [6]. De ellas, más del 40% padecía discapacidades y más del 90% enfermedades crónicas: como problemas musculoesqueléticos, hipertensión, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras. Por ello podemos decir que las discapacidades y enfermedades crónicas constituyen un factor importante en la percepción del estado de salud [6]. Este hecho también lo sostienen otros autores como Chan et al., Sun et al., y Jylhä et al., que “indican que la discapacidad es uno de los aspectos de la salud que la gente tiene más en cuenta para evaluar su salud” [15, 16, 19].

Otros factores que han demostrado estar relacionados con la auto-percepción de la salud son la edad, la reciente hospitalización, el seguimiento médico regular, la discapacidad auditiva, la discapacidad para realizar actividades de la vida diaria, tener historia de caídas, tomar medicación habitualmente, la capacidad de masticación, los procesos inmunológicos, los ingresos, el desempleo, el soporte familiar, la baja educación, una puntuación baja de la escala

mini-mental (para detectar el deterioro cognitivo) y el estado de salud objetiva [8, 15 – 23]. Asimismo, algunos autores afirman que la percepción de la salud que pueda tener una persona está directamente relacionada con su personalidad y con la salud mental [24 – 27]. Es decir, las características de la personalidad pueden influir en una mejor o peor percepción de la salud, y según algunos investigadores la depresión y las dolencias físicas subjetivas tienen una mala influencia en la evaluación de la propia salud [27 – 29].

Además, es importante tener en cuenta los síntomas que presente la persona, ya que, así como afirman Chan et al.: “Cuántos menos síntomas de enfermedad tenga la persona, mejor percibirá su salud” [19].

A continuación se exponen datos de estudios de diversos países acerca de los factores que influyen en la positiva o negativa percepción de salud de su población anciana.

Según un estudio realizado en Beijing y Shangai en el año 2009 los factores principales que influyen en la probabilidad de tener una buena percepción de la salud, son: ser hombre, tener entre 50 y 60 años, vivir en una zona rural o en Shangai, ser físicamente activo, fumar, beber y tener una buena calidad del sueño [14]. A pesar del menor estatus socioeconómico, los residentes rurales son casi dos veces más propensos a sentirse más sanos que los residentes urbanos. Esto puede ser debido –según indican– a diferentes estilos de vida: niveles más altos de actividad física, menor IMC y una edad más alta de jubilación [14]. Y es que mantener buenos hábitos puede conducirnos a tener mejor percepción de nuestra salud [17]. Además, la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y diabetes era menor en áreas rurales [14].

Del mismo modo, un estudio realizado en Japón el año 2005 afirmaba que el 69,8% de hombres entrevistados percibían su salud como buena. Los factores relacionados eran: poder ir solo a lugares lejanos, no depresión, no pérdida de peso, ausencia de autopercepción de enfermedades crónicas, buena capacidad de masticación, y buena capacidad visual. Un 73,8% de las mujeres percibían su salud como buena. Los factores relacionados eran los mismos que los hombres, además de ser independiente para las AIVD y la integración social [16]. Y es que el acceso a la educación, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado y el disfrute de un mayor apoyo social son factores con gran influencia positiva en el estado de salud de la población anciana, en la que, a pesar del tiempo transcurrido después de abandonar el

mercado laboral, haber pertenecido a una clase ocupacional alta se asocia con una mejor valoración del estado de salud [6, 16].

En otro estudio realizado en Singapur el año 1998, el 90% de los ancianos entrevistados declaraban tener buena percepción de su salud. Esta autoevaluación se ve afectada por comparaciones que hacen ellos con otros ancianos de su misma edad y sexo, y con las expectativas de salud que otros tienen. Eleanor Stoller sugería que las personas mayores esperan un descenso en su salud a medida que envejecen, pero cuando el deterioro de salud no aparece como ellos esperan, clasifican mejor su salud. Como la mayoría de ancianos no tienen que aumentar su nivel de actividad física y mental, perciben su salud como adecuada para satisfacer sus necesidades [19]. Este efecto ha sido demostrado recientemente en un estudio, mostrando que si se pregunta sobre salud en comparación con “la mayoría de gente de tu edad”, habrá un menor descenso en calificaciones con edad que en una pregunta general [18].

De manera contraria pasa en una encuesta realizada en Cataluña entre el 1993 y el 1994 en la que algo más de la mitad de la población de ≥ 60 años declaraba no tener buena salud, siendo superior la proporción de mujeres que hacía esta valoración. Se observa que la proporción de mujeres que hace una valoración negativa de su salud es mayor que la de varones, tanto en ausencia como en presencia de una o varias discapacidades y/o enfermedades crónicas. Este fenómeno ha sido manifestado en otro estudio revisado, en el que afirmaban que las mujeres habitualmente tienen peor percepción de su estado de salud y de calidad de vida que los varones. Además, presentan una prevalencia más alta de problemas crónicos, trastornos mentales, discapacidades y padecen un grado más elevado de restricción de las actividades por motivos de salud. [6]

Las mujeres, en general, cualquiera sea la clase social a la que pertenecen, padecen más problemas crónicos y discapacidades. A menudo se hallan en una situación socioeconómica más desfavorable que los varones, en Cataluña en la población ≥ 60 años, el 25% de los varones y el 32% de las mujeres tienen unos ingresos inferiores al millón de pesetas anuales (entre 1993-1994); el 39,2% de las mujeres son viudas, mientras que sólo el 10,8% de los varones lo son. Que las mujeres tengan, aún así, una mayor esperanza de vida que los hombres, puede estar relacionado a la protección estrogénica y al estilo de vida que han llevado. Antiguamente las mujeres no fumaban, eran las responsables de quedarse en casa al

cuidado del hogar y por ello no tenían tanto estrés. Estos factores han podido influir en la salud que tengan en la vejez. [6]

Pero los factores que influyen en la mala autovaloración del estado de salud en las poblaciones ancianas no se basan sólo en el número de discapacidades o de enfermedades crónicas que padecen sino en las expectativas de vida que tenga la persona y su adaptación al padecimiento de los problemas de salud. Además, en varios artículos exponen que ser soltero o jubilado, tener discapacidades, pertenecer a las clases sociales más desfavorecidas, los trastornos psicológicos, la depresión, el seguimiento médico regular, tener bajos niveles de estudios, padecer enfermedades cardiovasculares o metabólicas, tener hipertensión o ser diabético contribuye a la percepción de mala salud [6, 8, 14, 15]. Además, tener bajos niveles de ingresos también está significativamente relacionado con la mala percepción de la salud según afirma Haseli-Mashhadi, N., et al.

En un estudio realizado a mujeres mayores en Brasil se mostraba una relación entre la mala percepción de la salud y las quejas que los más ricos hacían cuando necesitaban ser atendidos por servicios sanitarios. Una posible explicación es la tendencia de los ancianos con menores ingresos, y mayor dificultad en el acceso a servicios sanitarios, a quejarse menos, cuando el sufrimiento de los más ricos es verbalizado más explícitamente. Y otra posible explicación es que el soporte familiar y social, que constituye uno de los factores más influyentes en la percepción de su salud, atenúa la percepción de dificultad en obtener servicios sanitarios en los más pobres [8].

En la realización de la revisión de la literatura se han encontrado diversos artículos que trataban sobre la autopercepción de la salud bucal en la población anciana. La importancia radica en que este grupo de edad es el más afectado por problemas de salud oral y porque éstos tienen dificultad en percibir sus condiciones y los problemas que afectan a su salud oral [3].

Para evaluar las necesidades de atención bucodental en la población geriátrica se utiliza la escala GOHAI, de sus siglas en inglés: “Geriatric Oral Health Assessment Index”, caracterizada por ser de alta sensibilidad y facilidad de aplicación [30].

Según afirman varios autores, los factores que influyen en la percepción de la salud oral son varios: el medio ambiente, las actitudes y pensamientos, el número de dientes corrompidos,

perdidos o restaurados, síntomas de enfermedades y la capacidad de la persona para sonreír, hablar o masticar sin problemas, y también por factores como la clase social, la edad, los ingresos y el género. También por valores personales, como la creencia de que algunos dolores e incapacidades son inevitables en esas edades, o que puede llevar a la persona a sobrestimar su condición bucal [3, 30, 31].

En un estudio realizado en la ciudad de Piracicaba en Brasil la mayoría de ancianos entrevistados consideraban que su salud oral era buena, aunque tuvieran un gran número de pérdidas dentarias [3]. Así mismo pasó en un estudio realizado en la provincia de Alberta en Canadá, donde la evaluación se calificó entre buena y excelente en un 76,4% [30]. La explicación que dan varios estudios realizados es que los ancianos consideran la mala salud oral con el dolor, los problemas en las encías o la sintomatología oral. Esto es así porque los síntomas dolorosos interfieren con las actividades de la vida diaria siendo reconocidos con más facilidad y significativamente asociados con la percepción de los problemas dentales [3, 30, 31]. Además, una mala salud oral hace difícil la alimentación y nutrición. La dieta de la persona se vuelve más viscosa y rica, llena de carbohidratos, y la higiene personal es menos eficiente por pérdida de coordinación motora y enfermedades neurológicas. El riesgo de problemas orales como la pérdida dentaria y daños psicológicos incrementa resultando en menor calidad de vida. El uso de medicamentos se vuelve común, lo que puede comprometer aún más la salud oral [3].

Por tal de incrementar la percepción de salud bucal de algunos ancianos algunos estudios describen acciones que se pueden llevar a cabo.

Por un lado la colocación de prótesis y la atención a la salud oral pueden restaurar su autoimagen y mejorar su autoestima y bienestar psicológico, contribuyendo en la autoevaluación de sus condiciones orales. Así, el tratamiento dental podría mejorar la apariencia física y la cavidad oral en la ancianidad, incluso la interacción social y la comunicación podrían verse positivamente influenciados por el cuidado dental [3, 30].

Por otro lado, algunos autores advierten de la importancia de motivar a los ancianos con mala percepción de su salud a adoptar actitudes más positivas, ya que en un estudio consultado un 15% de los encuestados percibían su salud como regular o mala, cuando objetivamente era buena o excelente. Estos “pesimistas de la salud” tienen ligeramente más riesgo de morir que

los que eran optimistas en su percepción de salud. Por ello, el estudio ha demostrado ser un buen indicador de mortalidad. Este riesgo de mortalidad para personas con mala percepción de su salud puede estar reflejado por depresión u otros problemas emocionales [17].

4.2 Resultados del análisis cualitativo de las entrevistas

En el presente estudio cualitativo se han intentado identificar las características principales que pueden afectar a la auto-percepción de salud de los ancianos a partir de diez entrevistas analizadas. Este análisis se ha realizado en tres fases: análisis inicial, análisis estructural y discusión.

La tabla 2 muestra los datos sociodemográficos de las diez personas que fueron entrevistadas con el fin de introducir el análisis cualitativo y cuantitativo realizado.

Código entrevista	Nombre figurado	Sexo	Edad	Antecedentes patológicos/quirúrgicos
2013-011	Rosa	M	79	Sufrió una embolia, dolor huesos
2013-012	Pepa	M	81	Anginas de pecho, artritis, pérdida memoria
2013-013	Luisa	M	90	Pérdida memoria, disfagia, asma, tiroidectomía
2013-014	Francisca	M	81	Enucleación, pérdida memoria
2013-015	Carmen	M	74	IQ cadera derecha, nefrectomía radical, dolor espalda, pérdida memoria
2013-016	Manolo	H	77	Hipercolesterolemia, hipertensión, hernia de hiato
2013-017	Pep	H	85	Hipercolesterolemia, lumbago, pérdidas dentarias, pérdida: visual, auditiva, olfativa, problema movilidad
2013-018	Antonio	H	81	DM II, hipertensión, vértigos, arritmias, dolor tobillos, sordera (leve), hipercolesterolemia, hiperuricemia, IQ cataratas
2013-019	María	M	79	Incontinencia urinaria, hiperglicemia, hipercolesterolemia
2013-020	Júlia	M	75	Artrosis, dolor huesos, hipertensión, hipertiroidismo

Tabla 2: Datos sociodemográficos de los diez entrevistados

Análisis inicial

A continuación se muestra un pequeño resumen de lo que, tras la lectura atenta de cada transcripción, se ha considerado que es para cada uno de los entrevistados su percepción de

salud. Para asegurar la confidencialidad y el anonimato, se ha añadido el código de la entrevista y un nombre figurado de cada uno de los participantes.

E011 (Rosa)

Rosa tiene una mala percepción de su salud, comenta que está contenta de haber llegado hasta aquí (haciendo referencia a su edad) pero no de esta manera, con temblor y dolor de la pierna derecha.

E012 (Pepa)

Pepa se siente “como si fuera una chica de diez y ocho añitos recién cumplidos”. Comenta que padece algunas patologías pero que eso es lo normal con su edad y se siente feliz de haber cumplido sus años y haber vivido una vida en la que ha podido disfrutar de sus hijos, nietos y bisnietos.

E013 (Luisa)

Tiene una buena percepción de su salud. Considera que es afortunada por haber llegado a esta etapa de la vida siendo independiente para algunas AVD.

E014 (Francisca)

Tiene una mala percepción de su salud. Francisca comenta que se siente muy vieja y que con el paso de los años su salud ha ido empeorando: “me siento muy vieja, siento la vejez, si sí, me han caído de mal después de los 80, me han caído de mal, me siento cansada.”

E015 (Carmen)

Carmen percibe que su salud es buena para la edad que tiene. Aún así comenta que la vejez le ha sentado “malísimamente” mal, que parece que seas una persona distinta a la que eras. Pero que de todas maneras, “ves a gente por la calle peor que uno mismo, y te animas un poco. Mal de muchos consuelo de todos, eso dicen.”

E016 (Manolo)

El Sr. Manolo tiene una buena percepción de su salud. Comenta que está muy bien para la edad que tiene, es un hombre muy activo y optimista, que realiza muchas actividades para mantenerse en forma tanto física como mentalmente.

E017 (Pep)

Pep tiene buena percepción de su salud, comenta que se encuentra bien con su edad, que nota algunos cambios de la vejez pero que aún así continua con su vida diaria como hacia anteriormente, con sus AVD y relaciones sociales.

E018 (Antonio)

Antonio tiene una buena percepción de su salud. Explica que, pese a tener algunos problemas de salud, se siente bastante bien para la edad que tiene.

E019 (María)

La Sra. María expresa su sentimiento de felicidad y satisfacción de haber cumplido los años que tiene y encontrarse tan bien de salud. Comenta que realiza diferentes actividades durante el día que la mantienen activa y que no tiene problemas de salud relevantes más que los propios de la edad, como la incontinencia urinaria o la hipercolesterolemia.

E020 (Julia)

Julia explica que se encuentra estupendamente a pesar de padecer algunos problemas de salud (que son los que le han hecho darse cuenta de la etapa que está viviendo).

Análisis estructural/de contenido

Los temas iniciales referentes a las unidades de significado identificadas han sido: calidad de vida, edad, relaciones sociales, felicidad, tristeza, soledad, problemas de salud, ocio, buen envejecimiento, mal envejecimiento, experiencias/consejos, echar de menos.

Estas unidades de significado fueron agrupadas por temas similares para intentar expresar su significado de manera más amplia, formando categorías. A continuación se muestran categorías y *verbatim* (fragmentos de las entrevistas), que ilustran cada categoría.

Calidad de vida: *¡Estupenda! Aunque haya muchas actividades que haya tenido que dejar de hacer y en su día me costaron mucho asimilar y aceptarlo, hoy en día me siento muy bien conmigo mismo y con lo que me rodea. (Se muestra tranquilo, alegre y con una gran sonrisa).*
(Antonio)

Edad: *He cumplido 81 años hace poco. (Antonio)*

Relaciones sociales: *Me gusta mucho vivir en el pueblo con mi mujer, ya que, estamos más confortables que en la ciudad. Al conocernos entre todas las personas que vivimos en el pueblo, realizamos muchas actividades durante el día todos juntos. (Antonio)*

Cambios en la vejez: *Al jubilarme empecé a tener un poco de colesterol, luego me vino la descompensación de azúcar y también empecé a padecer incontinencia de orina. Últimamente me empezó a temblar una mano, al acudir al médico y hacerme pruebas me han diagnosticado Parkinson. (María)*

Experiencias: *Pienso que puedo aconsejar de muchas cosas que he aprendido a lo largo de todos estos años. Suelo contar muchas situaciones que me han ocurrido con la experiencia para hacer que mi familia sea una familia muy fuerte como ha sido siempre. (Antonio)*

Sentimientos: *Pues la vejez para mí es haber vivido toda una vida, donde he podido disfrutar de mis hijos, mis nietos y ahora de mis bisnietos. Todo lo que he vivido, ya sea bueno o malo, no lo cambiaría por nada del mundo. (Pepa)*

Planes de futuro: *Estoy muy ilusionada porque voy a cumplir 80 años y lo voy a celebrar con mis hijos y mis nietos haciendo un crucero. (María)*

Percepción vejez: *Pues me ha dado la impresión de sentirme más vieja de lo que en realidad soy, pero ahora que poco a poco me voy recuperando me noto más animada y con más ganas de hacer cosas que antes de la caída. (Carmen)*

Una vez identificadas las categorías se han explorado sus relaciones, por tal de encontrar una serie de subtemas agrupados a unos temas. Así, se han encontrado unos subtemas que vemos en la Tabla 3 relacionados con sus temas. Éstos son muy subjetivos por lo que diferirá mucho según haya contestado una u otra persona.

TEMAS		SUBTEMAS
1	Cambios en la vejez	Calidad de vida, relaciones sociales, salud
2	Percepción vejez	Experiencias, salud, sentimientos

Tabla 3: *Temas y subtemas identificados en las diez entrevistas analizadas*

Análisis comprensivo

El primer tema identificado está relacionado con los cambios que perciben los ancianos en esta etapa de la vida, influenciado por sus vivencias personales, sus relaciones sociales, su salud objetiva y su calidad de vida. Es decir, cada uno identificará diferentes cambios debido a sus diferentes formas de vivir la ancianidad. Como expresan varios ancianos:

- *Ya no soy el mismo que era cuando era joven. Han cambiado muchas cosas. Ya no puedo llevar la moto por el pueblo, no puedo cuidar de mi huerto, me cuesta más andar, y he perdido la agilidad y la energía que antes tenía.* (Antonio)
- *“Abans l’avi caminava muntanyes darrere les perdius. Ara que m’he fet gran he perdut vista, oïda, olfacte, els sentits en general, camino més a poc a poc, sobre tot he notat cambis físics.”* (Pep)
- *Cada vez tengo que tomar más medicación, cosa que hasta el empezar a hacerme mayor no me había pasado.* (María)

Lo que nos muestran las diferentes citas es la relación de la ancianidad con los cambios físicos que aparecen, tarde o temprano, a todos.

- *Un momento muy diferente en mi vida de mucha tranquilidad. Ahora puedo hacer cada día las cosas que me gustan sin depender de nada ni nadie. También disfruto de vivir muchas satisfacciones que me producen mis hijos y mis nietos.* (María)
- *Tengo demasiado tiempo durante el día, y lo noto mucho más desde que no puedo cuidar el huerto.* (Antonio)

Estas nos muestran dos visiones muy diferentes de la actitud frente al tiempo libre que tienen los ancianos. Y es que la persona anciana puede sentirse bien y disfrutar de su tiempo y su soledad, o puede tener una visión más negativa del tiempo que tiene.

La persona anciana ha vivido toda una vida con una salud determinada que espera tener también en la vejez:

- *Lo único que pido es seguir como ahora, no puedo pedir nada más...Si de aquí en adelante puedo seguir bien de salud, ya puedo darme por satisfecha, porque qué quieres que te diga, ¡Soy más vieja que el ir de pié! (Ríe) (Luisa)*

Aunque a veces ese deseo no se cumple para todos del mismo modo:

- *La vejez me ha sentado “malísimamente” mal. Parece que seas una persona distinta a la que eras. Y después de mi caída me noto más vieja. (Carmen)*
- *¡Ay, que duro es cuando no puedes ir al baño o cocinar porque no eres capaz de levantarte y caminar! (Carmen)*

Todos los ancianos entrevistados referían tener una buena calidad de vida relacionándolo con las actividades de la vida diaria que pueden llevar a cabo, su salud, el apoyo familiar y lo que el médico u otros comentan acerca de su salud:

- *Buena, la calidad de vida buena, mientras me pueda valer sola yo, aunque me tengas que hacer la comida, poder ir al baño pues todas las cosas, por lo demás bien. (Francisca)*
- *“Dintre del que tinc, bona, el doctor a la última visita em va dir que com m’ho feia per estar tant bé (torna a somriure).” (Pep)*
- *Llevo una calidad de vida buena, me cuidan, están por mi...¿Qué más puedo pedir? (Rosa)*
- *Yo creo que es buena en general, no me puedo quejar de nada para la edad que tengo. (Manolo)*

El segundo tema identificado está relacionado con la percepción que tienen los ancianos de la vejez, y está influenciado por sus vivencias personales, sus experiencias, su salud, y sus sentimientos.

- *Pues la vejez, estando bien, para poderte valer por ti misma, na más que pa ti, pa tu aseo personal y eso, sabes, pues me parece bien. (Francisca)*

En cuanto a su salud, alguno de los factores que puede influir en la percepción de la vejez de los mayores son los problemas físicos. Así, una anciana comentaba:

- *Pues me ha dado la impresión de sentirme más vieja de lo que en realidad soy, pero ahora que poco a poco me voy recuperando me noto más animada y con más ganas de hacer cosas que antes de la caída. [...] La vejez me ha sentado “malísimamente” mal. Parece que seas una persona distinta a la que eras. Y después de mi caída me noto más vieja.* (Carmen)

Otro factor que influye en lo que uno mismo piense sobre su propia salud son las actividades sociales que han hecho durante su vida y que las mantienen o las han tenido que abandonar debido a sus limitaciones:

- *“Em trobo molt bé... [...] encara canto, aquesta pròxima setmana a l’auditori (somriu), et sembla poc?”* (Pep)
- *Estoy muy contenta y satisfecha con mi edad y encontrarme tan bien de salud. [...] Estoy muy activa durante todo el día. Me gusta mucho andar, cuidar el huerto y el jardín.* (María)
- *¡Ay, que duro es cuando no puedes ir al baño o cocinar porque no eres capaz de levantarte y caminar!* (Carmen)
- *Como me voy a sentir bien si no puedo hacer nada...Hombre si no tuviera dolores estaría mejor.* (Rosa)

Por un lado vemos que tanto Pep como María comentan que se encuentran bien y están contentos con su estado de salud, y por otro lado vemos que Carmen y Rosa se muestran contrarias a ello. En el primer caso, el factor principal que influye en una buena percepción de su salud es el mantener una actitud activa y realizar una serie de actividades que eran habituales en la vida de estos ancianos. En el segundo caso las dos mujeres se ven influenciadas por el hecho de no poder valerse por sí mismas en las actividades de la vida diaria.

Dentro de las actividades sociales que influyen en la percepción de la salud de los entrevistados queda englobado el trabajo o jubilación. Algunos ancianos indican la

importancia de continuar haciendo actividades una vez te has jubilado, ya que el cambio de trabajar a estar jubilado puede hacerte entrar en depresión por sentirte inútil.

- *La vejez depende de cómo te la tomes. Yo trabajaba como mecánico fresador y he pasado cuarenta años de mi vida trabajando diez horas al día. Cuando te jubilas pasas de tanta actividad a dejar de trabajar. Entonces, estas todo el día en el sofá viendo la tele, como hace muchísima gente. Yo tengo amigos [...] que han acabado mal...enfermos o deprimidos. [...] yo tuve la suerte de que me retiré y estuve ayudando a un pariente a hacer unas obras [...] Esto a mi me sirvió para relajarme y hacer actividad. [...] Tienes que tener siempre una actividad, si te quedas en casa sin hacer nada, entonces mal... (Manolo)*
- *El hecho de trabajar una vez a la semana limpiando el despacho, me ayuda a no vivir la jubilación completa, pues noto que puedo seguir trabajando. (Carmen)*

La felicidad, la tristeza, la soledad...son sentimientos que influyen en la percepción de la vejez que tienen los ancianos:

- *Siempre seré alegre pero no... creo que ya no es lo mismo, los años pasan y yo he cambiado. (Pensativa) Ya no tengo ganas de nada más, estar tranquila y a gusto aquí con mis cosas. [...] Como me voy a sentir bien si no puedo hacer nada... [...] No me importa cumplir años si estuviera bien y no me fuera desgastando cada vez más deprisa. (Rosa)*
- *Pues la vejez para mi es haber vivido toda una vida, donde he podido disfrutar de mis hijos, mis nietos y ahora de mis bisnietos. Todo lo que he vivido, ya sea bueno o malo, no lo cambiaría por nada del mundo. (Pepa)*
- *[...] pero me siento contenta por haber llegado a esta etapa, ya que puedo hacer muchas cosas por mí misma. [...] Soy una persona mayor, pero al ver que la mayoría de las cosas puedo hacerlas por mí misma, [...] me hace sentir más joven. Así que puedo sentirme satisfecha con la edad que tengo y en cómo me encuentro. (Luisa)*

- *Yo estoy tranquila como estoy y todo me parece bien. [...] Yo estoy sola porque no me queda familia pero estoy feliz de estar aquí. [...] ¡Pues es una satisfacción hacer años!*

Las narraciones de los ancianos han mostrado que la felicidad es un factor que influye positivamente en la visión de su percepción de la salud, así como la tristeza influye negativamente en la percepción:

- *Antes si tenía un mal día disimulaba y ponía buena cara [...] pero ahora tenga el día que tenga siempre tengo esa expresión, tampoco tengo muchos motivos por estar muy contenta... (Luisa)*
- *“Quizá la entrevista no sale como esperabas, pero ya sabes que hace 3 semanas me caí, y me di un golpe fuerte en la cadera derecha, todavía estoy convaleciente y eso afecta a mi estado de ánimo.” [...] Además, al no poder realizar las actividades cotidianas, he tenido mucho tiempo para reflexionar sobre mi vida actual. (Carmen)*

En algunas de las entrevistas realizadas los ancianos explicaban algunos de sus deseos: que su familia les acompañara y les cuidara, entre otras cosas. Estos factores influyen directamente en su estado de ánimo e indirectamente en su percepción de la salud.

- Desea que su familia: *Que me cuiden bien. (Francisca)*
- *[...] que me vengán a visitar siempre que puedan y reunirnos todos en las fechas más señaladas. (Pepa)*

Todos estos cambios que aparecen en esta etapa de la vida nos hacen ver que se ha llegado hasta aquí, mejor o peor, pero que se ha vivido toda una vida llena de vivencias y experiencias que nos hacen ser quienes somos. Por ello, las personas ancianas, llegan a la senectud con una percepción de sus vidas acorde con lo que han vivido durante la misma. Además, todos coinciden con el hecho de poder aconsejar a sus familiares sobre la vida a partir de su propia experiencia.

- *Pienso que puedo aconsejar de muchas cosas que he aprendido a lo largo de todos estos años. Suelo contar muchas situaciones que me han ocurrido con la*

experiencia para hacer que mi familia sea una familia muy fuerte como ha sido siempre. (Antonio)

- *Sobre todo puedo aportar experiencia, la experiencia de la vida, de todas las situaciones que yo he vivido. Puedo aportar mi punto de vista en las situaciones actuales poniendo como ejemplo mis propias experiencias vividas. (Pepa)*

4.3 Resultados del análisis cuantitativo de las entrevistas

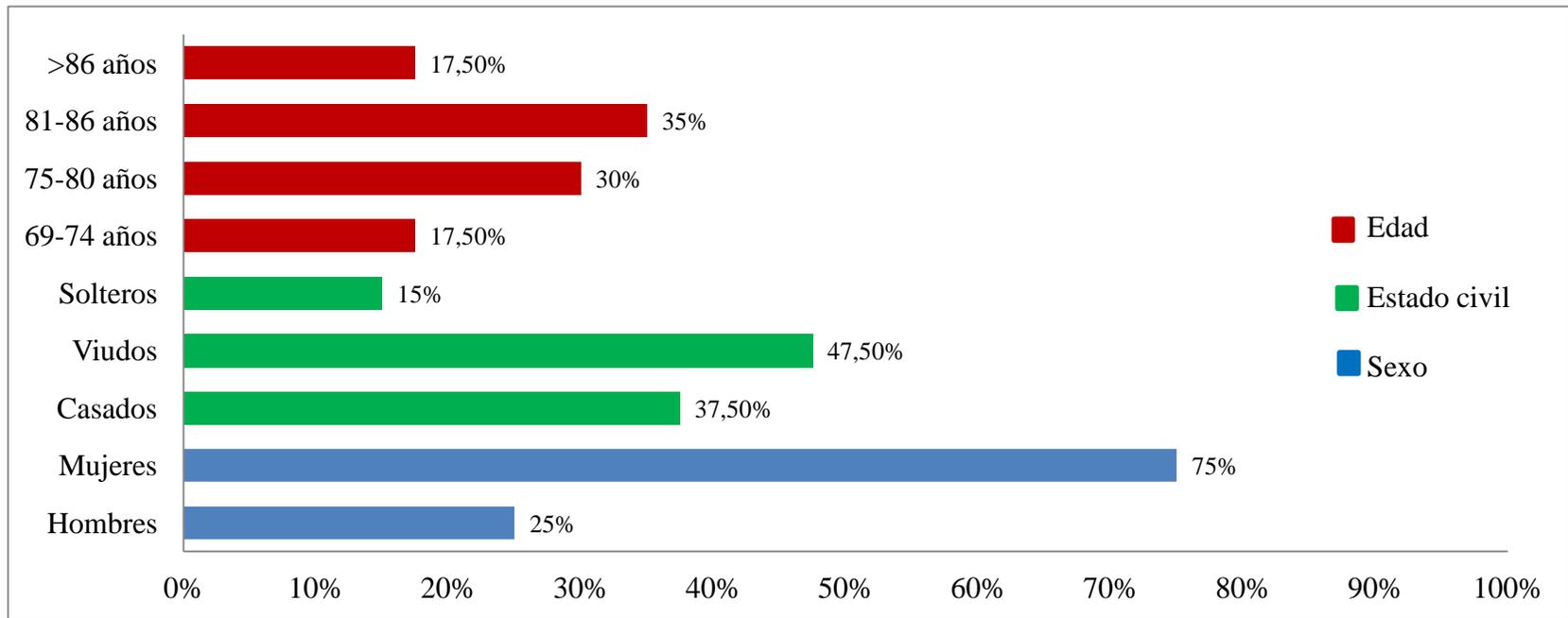
A partir de los datos introducidos en el Excel compartido en Google Drive con las otras tres compañeras, se han podido realizar varios gráficos que muestran los resultados de las cuarenta entrevistas analizadas. A continuación se observan diversos temas:

Datos sociodemográficos

En la siguiente gráfica se pueden observar los datos sociodemográficos de la población a estudio. En cuanto a la edad, se puede observar que el porcentaje más elevado es el que se encuentra en el rango entre los 81 y los 86 años, siendo la mediana de edad de los cuarenta ancianos entrevistados de 80 años y la media aritmética 80,75 años.

Respecto al sexo observamos que el 75% de los entrevistados son mujeres y que sólo el 25% son hombres. Esto es debido a que el análisis no se hizo con la idea de tener el mismo número de mujeres que de hombres.

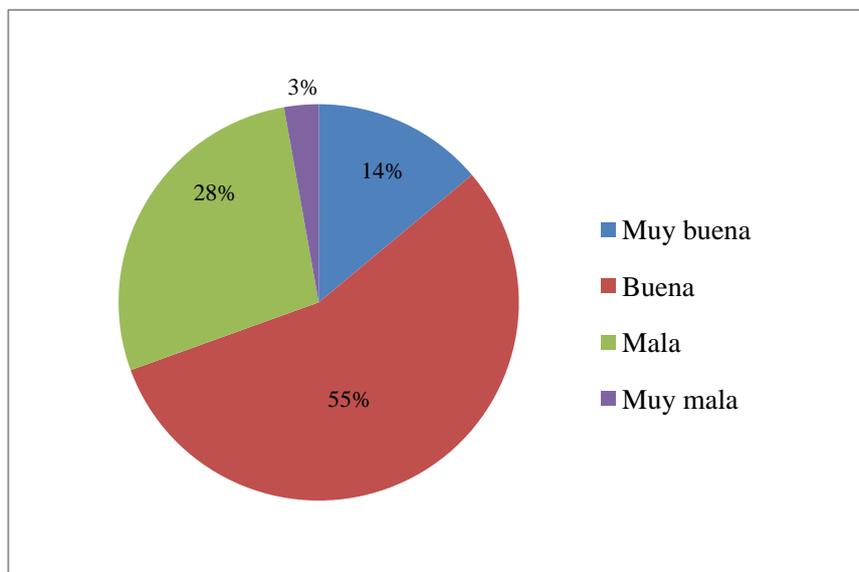
En cuanto al estado civil, la gráfica muestra que el 48% de los ancianos eran viudos, un 37% estaban casados y un 15% eran solteros.



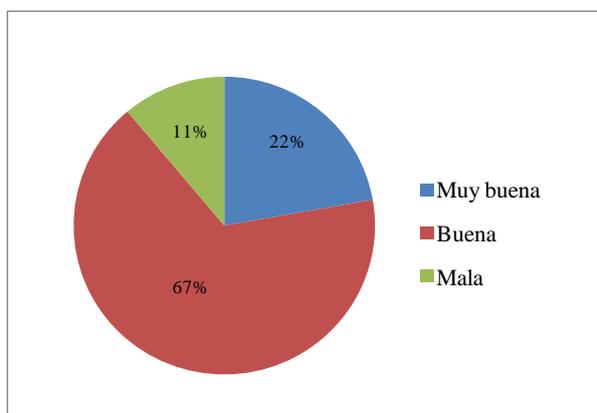
Gráfica 1: Datos sociodemográficos ancianos entrevistados

Percepción de la salud (PS)

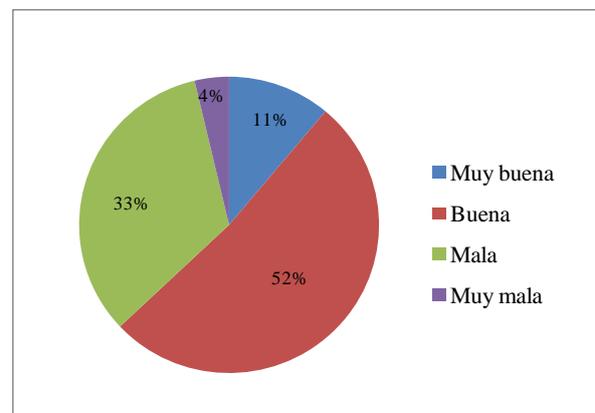
En la gráfica 2 se puede observar la percepción de la salud que tiene la población anciana incluida en el proyecto de investigación. Es considerada muy buena en un 14%, buena en un 55%, mala en un 28% y muy mala en un 3%. Estos datos indican que aproximadamente el 70% de la población percibe su salud de manera positiva frente al ~30% que la valora negativamente. En las siguientes gráficas, 3 y 4, vemos que las mujeres perciben peor su salud en relación con los hombres. Por un lado vemos que los hombres perciben su salud como buena/ muy buena en un 89% y mala en un 11%, por otro lado las mujeres perciben su salud como buena/muy buena en un 63% y mala/muy mala en un 37%. Por ello podemos concluir afirmando que las mujeres incluidas en el estudio perciben peor su salud que los hombres.



Gráfica 2: Percepción salud ancianos entrevistados

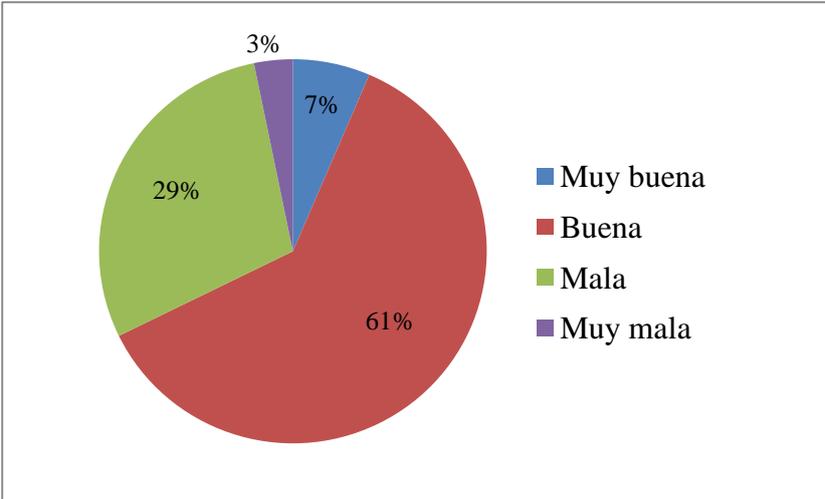


Gráfica 3: Percepción salud hombres

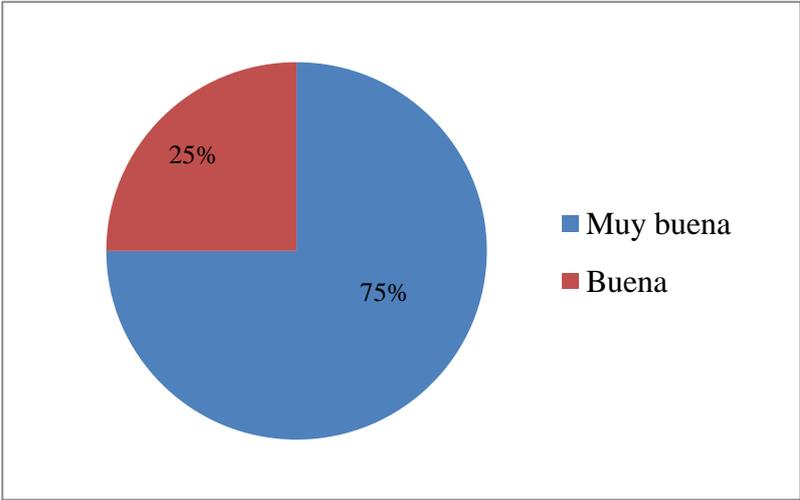


Gráfica 4: Percepción salud mujeres

En las siguientes gráficas se observa la relación entre la auto-percepción de la salud y los problemas de salud que los ancianos entrevistados padecían. En la gráfica 5 vemos que los ancianos con problemas de salud perciben su salud como buena o muy buena en un 68% y como mala o muy mala en un 32%. En la gráfica 6 se puede observar que los ancianos que no tienen patologías perciben su salud como buena o muy buena en un 100% de los casos. Así, podemos contemplar que el hecho de padecer algún problema de salud está directamente relacionado con la percepción tienen los ancianos entrevistados de su salud.



Gráfica 5: *Percepción salud con problemas de salud*

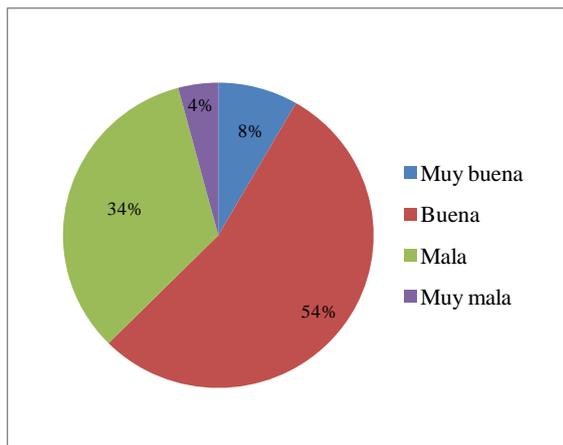


Gráfica 6: *Percepción salud sin problemas de salud*

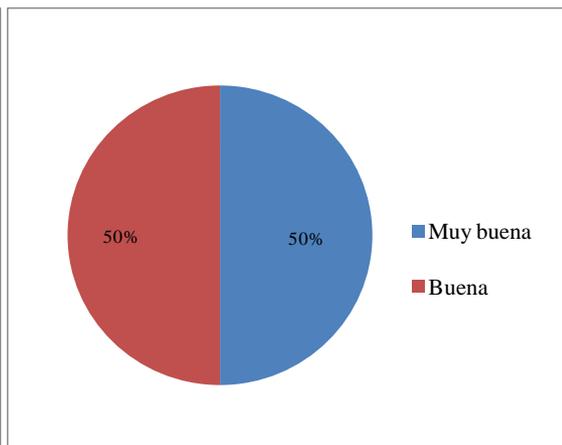
Por tal de examinar más detalladamente la relación entre los problemas de salud y la percepción de la misma, se ha estudiado si hay diferencia entre la auto-percepción de salud de

las mujeres con o sin problemas de salud y la auto-percepción de los hombres con o sin patología. Primeramente es importante conocer cuál es el porcentaje de mujeres y hombres con o sin problemas de salud. Del total de ancianos entrevistados un 90% padecía algún problema de salud y un 10% no padecía ninguna patología. Por un lado las mujeres padecían problemas de salud en un 93% de los casos frente a un 80% de los hombres, así como podemos ver en las gráficas 1, 2 y 3 del Anexo 4.

En las siguientes gráficas, 7 y 8, se ofrecen los datos acerca de la auto-percepción de la salud de las mujeres entrevistadas con o sin problemas de salud. En la primera gráfica podemos observar que el 38% de las mujeres con patologías perciben su salud como mala o muy mala y el 62% restante como buena o muy buena, frente a un 100% de mujeres sin patología que percibe su salud como buena o muy buena, así como muestra la segunda gráfica. Podemos concluir que, en las mujeres incluidas en el estudio, padecer algún problema de salud influye significativamente en la percepción que tienen sobre su propia salud.

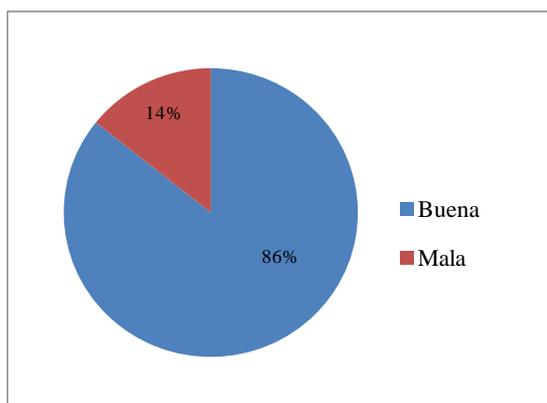


Gráfica 7: PS mujeres con patología

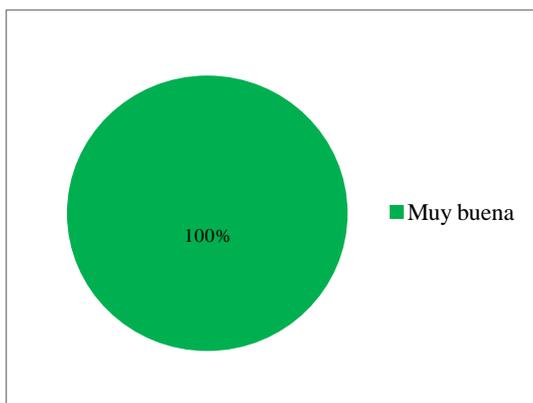


Gráfica 8: PS mujeres sin patología

En las gráficas 9 y 10 se observa la auto-percepción de la salud de los hombres que padecen o no alguna patología. En el primer caso, aquellos ancianos con algún problema de salud tienen una percepción buena en un 86% y mala en un 14%. Y en el segundo caso, los ancianos sin patologías tienen una percepción de su salud muy buena en el 100% de los casos. De esta manera padecer o no una patología, en el caso de los hombres entrevistados, influye menos que en las mujeres.



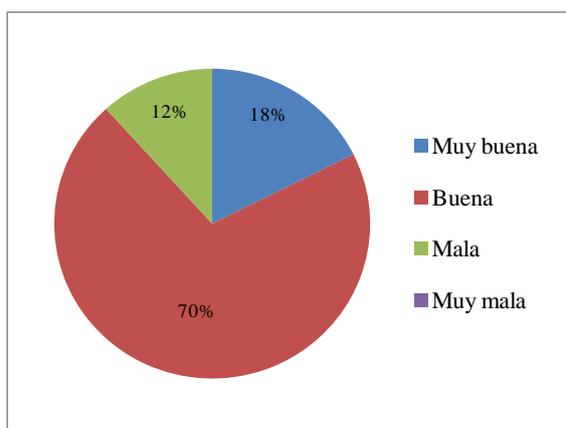
Gráfica 9: PS hombres con patología



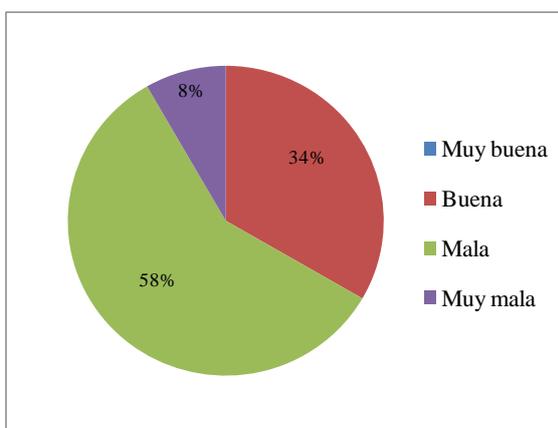
Gráfica 10: PS hombres sin patología

A continuación se muestra la relación entre la auto percepción de la salud de los ancianos entrevistados y el descanso que éstos tienen. Primeramente es importante conocer que casi un 60% de los ancianos entrevistados comentaban descansar bien por la noche (buen o muy buen descanso), y que por el contrario poco más del 40% afirmaba tener un descanso malo o muy malo, así como nos muestra la gráfica 4 del Anexo 4. Más del 50% de hombres y mujeres coincidía en descansar bien por la noche, por lo que se concluye que el descanso es similar en ambos sexos.

La gráfica 11 nos muestra que las mujeres con un buen o muy buen descanso tienen una percepción buena de su salud en un 70% y muy buena en un 18%, siendo sólo del 12% la mala percepción. En la gráfica 12 de mujeres con mal o muy mal descanso nos encontramos que un 58% del total tienen mala percepción de su salud y muy mala en un 8%, siendo del 34% la buena percepción. Por lo tanto se puede observar que el descanso es un factor que influye de manera considerable en la percepción de salud de las mujeres.

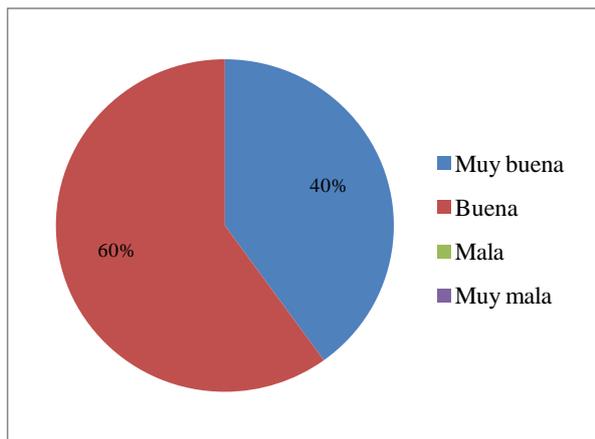


Gráfica 11: PS mujeres con buen - muy buen descanso

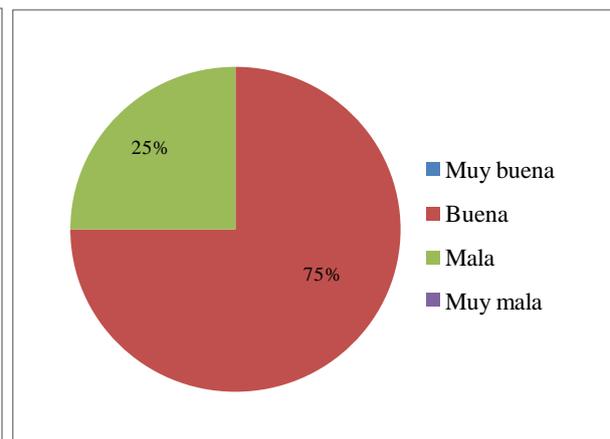


Gráfica 12: PS mujeres con mal - muy mal descanso

En las siguientes dos gráficas, 13 y 14, podemos observar que la percepción de salud de los hombres con buen o muy buen descanso es considerada buena en un 60% de los casos y muy buena en el 40% restante. La percepción de salud de los hombres con mal o muy mal descanso es considerada buena en un 75% y mala en un 25%. Estos resultados advierten de la mínima diferencia en la percepción de salud de los hombres con buen o mal descanso, por lo que podemos afirmar que el descanso no es un factor relevante para la percepción de salud de los hombres entrevistados.



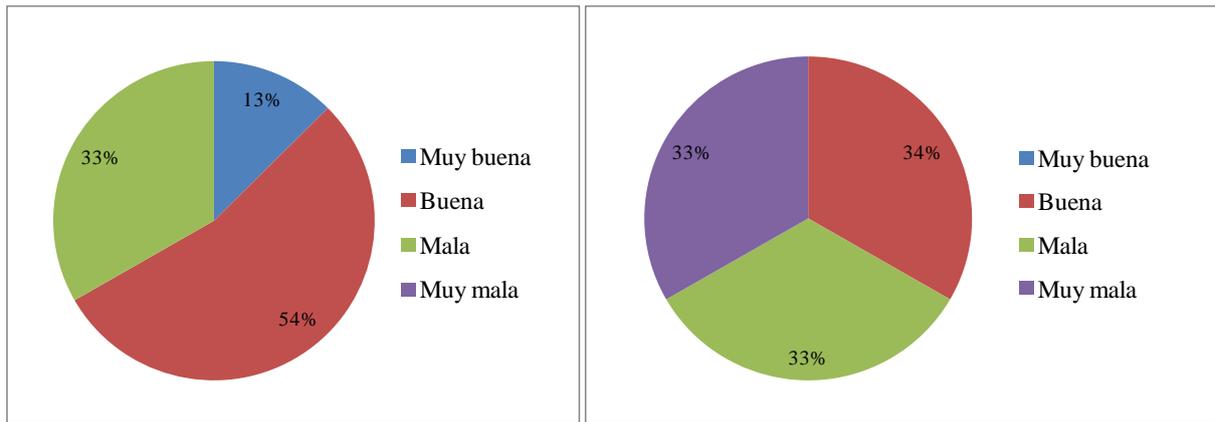
Gráfica 14: PS hombres con buen - muy buen descanso



Gráfica 13: PS hombres con mal - muy mal descanso

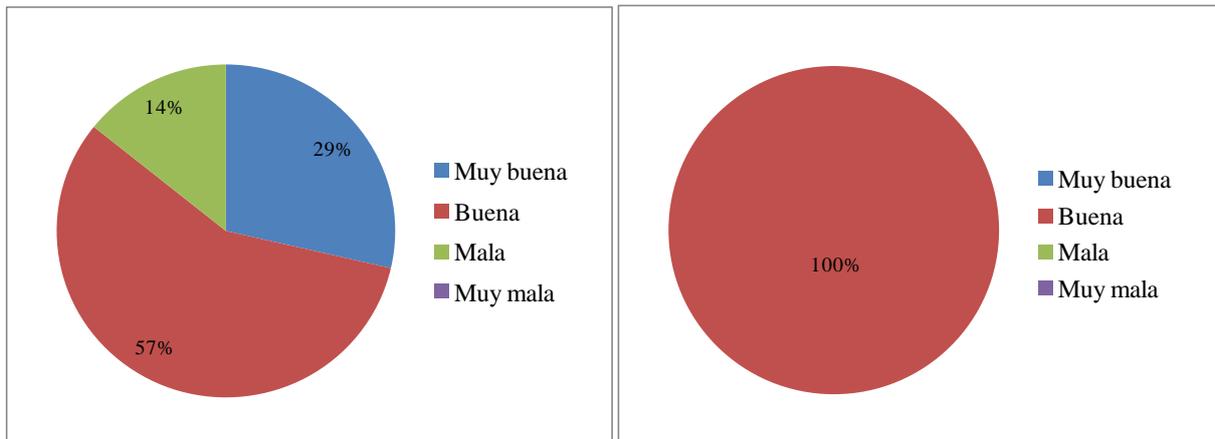
Otra variable estudiada es la alimentación. Como se puede observar en las gráficas 5 y 6 del Anexo 4 un 85% de los mayores disfrutaban comiendo y un 70% comentaba tener una muy buena alimentación en la que podían comer de todo, por lo que en general la alimentación es muy buena en la mayoría de los casos. Para poder analizar este aspecto de manera más precisa se ha querido ver la diferencia entre sexos y la percepción que hombres y mujeres, que disfrutaban o no comiendo, tienen respecto a su salud.

Por un lado, la gráfica 15 muestra que, en el caso de las mujeres que disfrutaban comiendo, un 67% percibía su salud como buena o muy buena, frente a un 33% que la refería como mala. Por otro lado, en la gráfica 16 se observa que, las mujeres que no disfrutaban comiendo percibían su salud como buena en un 34% y como mala o muy mala en un 66%. Podemos ver que el hecho de disfrutar o no comiendo influye de manera relevante en la auto-percepción de salud de las mujeres entrevistadas.



Gráfica 15: PS mujeres disfrutan comiendo **Gráfica 16:** PS mujeres no disfrutan comiendo

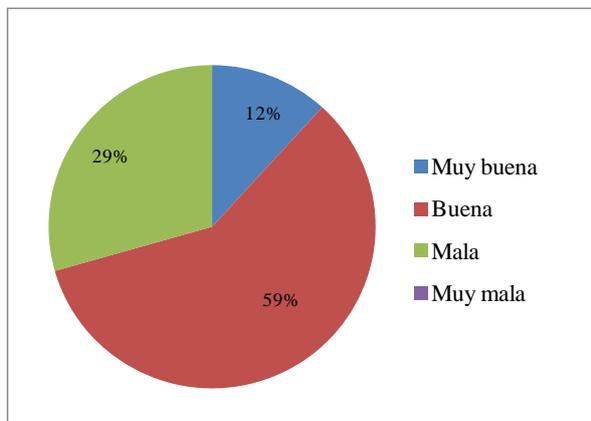
En el caso de los hombres que disfrutaban comiendo, un 86% percibía su salud como buena o muy buena y un 14% como mala. De igual modo, los hombres que no disfrutaban comiendo percibían su salud como buena en el 100% de los casos. Por ello, no podemos confirmar que el hecho de disfrutar comiendo sea un factor que influya en la percepción de la salud de los hombres entrevistados.



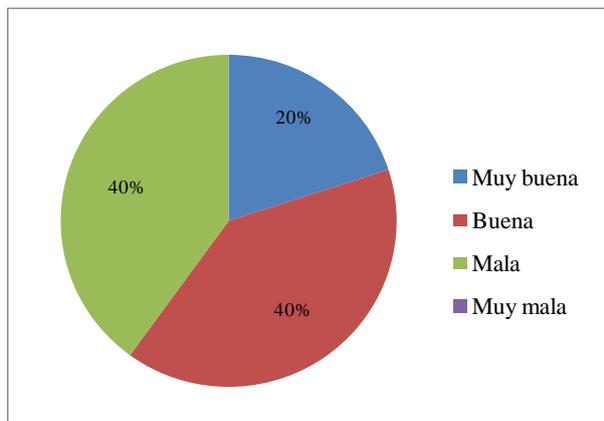
Gráfica 17: PS hombres disfrutan comiendo **Gráfica 18:** PS hombres no disfrutan comiendo

El tiempo que los ancianos dedican al ocio es otra de las variables investigadas en este proyecto. Por un lado, la gráfica 19 nos muestra que las mujeres que dedican entre 2 y más de 4 horas al día al ocio tienen una buena o muy buena percepción de su salud en un 71% (59% y 12% respectivamente) y una percepción mala en un 29%. Por otro lado, la gráfica 20 nos muestra que las mujeres que dedican entre 1 o 2 veces por semana a menos de 1 hora diaria a realizar actividades de ocio tienen una percepción buena o muy buena en un 60% de los casos

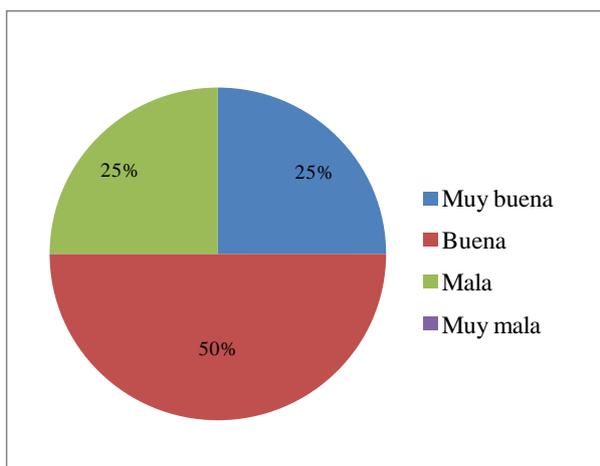
(40% y 20% respectivamente) y una mala percepción en un 40%. De esta manera se observa que el tiempo que las mujeres entrevistadas dedican al ocio influye ligeramente a la percepción de su salud.



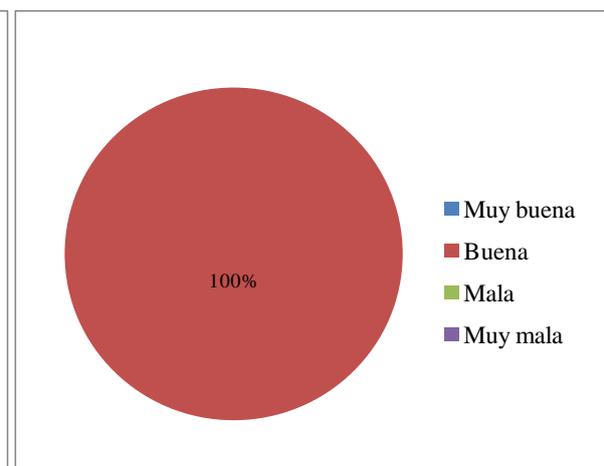
Gráfica 20: PS mujeres, de 2 a >4 horas al día de ocio



Gráfica 19: PS mujeres, entre 1 o 2 veces por semana a <1 hora diaria de ocio



Gráfica 22: PS hombres, de 2 a >4 horas al día de ocio



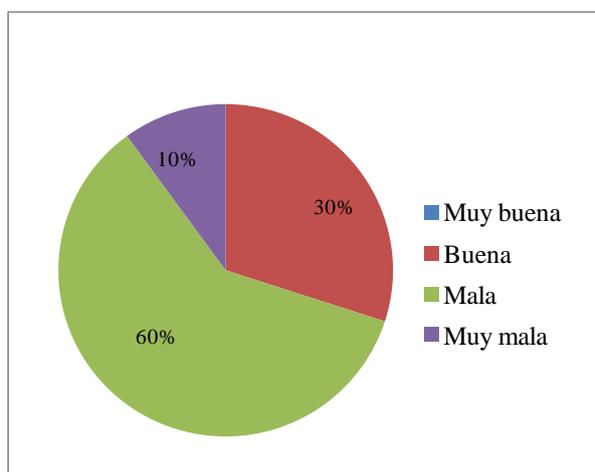
Gráfica 21: PS hombres, entre 1 o 2 veces por semana a <1 hora diaria de ocio

Lo que se puede observar en las gráficas 21 y 22 es que el tiempo que dedican los hombres entrevistados al ocio no influye apenas en su auto-percepción de salud. En primer lugar, el gráfico 21 muestra que el 75% de los hombres que dedican de 2 a más de 4 horas al día de ocio perciben su salud como buena o muy buena (50% y 25% respectivamente) y el 25%

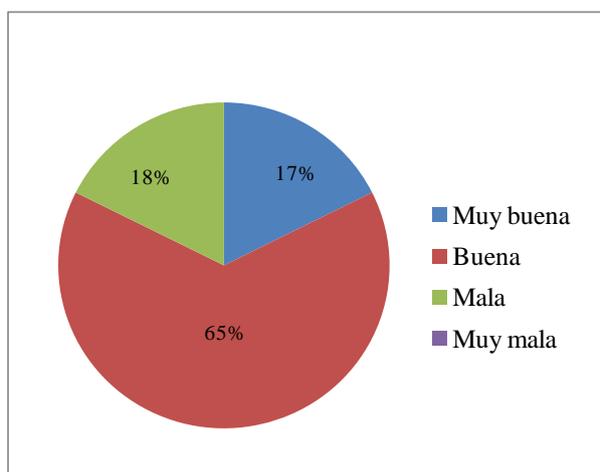
restante la percibe como mala. En segundo lugar, la gráfica 22 de los hombres que dedican de 1 o 2 veces por semana a menos de 1 hora al día de ocio muestra que el 100% percibe su salud como buena. Por ello podemos decir que el tiempo de dedicación a actividades de ocio no es un factor que influya de manera relevante en la percepción de salud de los hombres entrevistados.

Otro factor que influía en la percepción que los ancianos tienen sobre su salud es la soledad. Ésta afecta a un 32% de los ancianos entrevistados contra un 68% que no refería sentirse solo, así como podemos ver en la gráfica 7 del Anexo 4. También se ha manifestado que un 37% de las mujeres sentían soledad frente a un 20% de los hombres, como muestran las gráficas 8 y 9 del Anexo 4. A continuación se exponen los datos extraídos sobre la percepción de la salud que tienen las mujeres y hombres con o sin soledad.

Por un lado, en las gráficas 23 y 24 se observan los datos de percepción de la salud de las mujeres con o sin soledad. En la primera vemos que un 70% de las mujeres entrevistadas con soledad percibían su salud como mala o muy mala (60% y 10% respectivamente), y que sólo un 30% refería tener una buena salud. De manera contraria pasaba con las mujeres sin soledad que percibían su salud como buena o muy buena en un 82% (65% y 17% respectivamente) y cómo mala en tan solo un 18%. Podemos concluir que la soledad es un factor directamente relacionado con la percepción que tienen las mujeres entrevistadas sobre su propia salud.



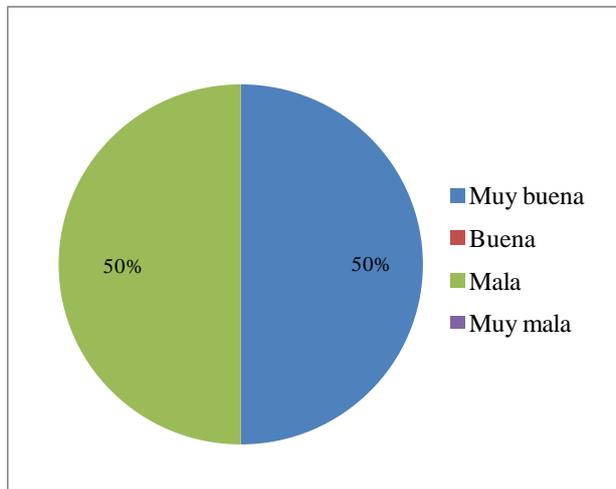
Gráfica 23: PS mujeres con soledad



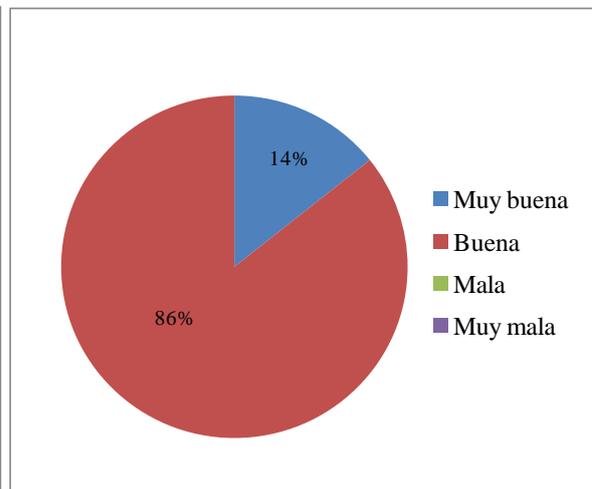
Gráfica 24: PS mujeres sin soledad

Por otro lado, en las gráficas 25 y 26 podemos ver los datos de auto-percepción de la salud en los hombres con o sin soledad. En la primera observamos que un 50% de los hombres

entrevistados con soledad percibían su salud como mala y un 50% como muy buena. En la gráfica 26 de los hombres que no se sentían solos contemplamos que un 100% percibía su salud como buena o muy buena (86% y 14% respectivamente). Por tanto podemos decir que en el caso de los hombres incluidos en el proyecto de investigación la soledad no es un factor del todo relevante en la percepción que tienen sobre su propia salud.



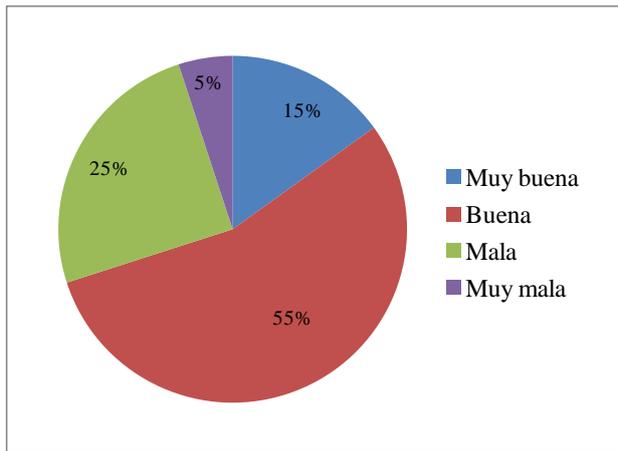
Gráfica 25: PS hombres con soledad



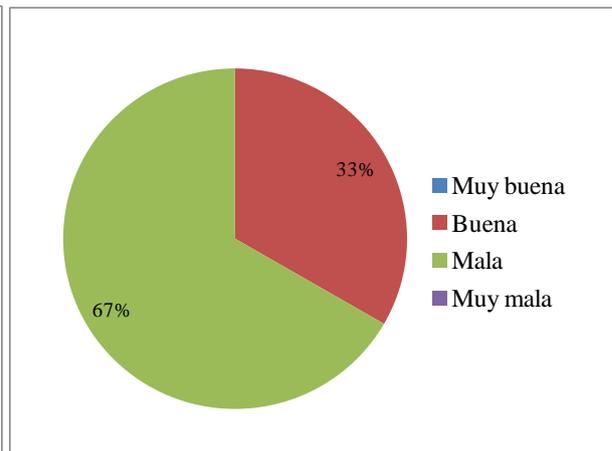
Gráfica 26: PS hombres sin soledad

La autonomía para realizar las AVD también es una variable estudiada en el actual proyecto de investigación y como se puede observar en las gráficas 10 y 11 del Anexo 4, un 79% de los ancianos entrevistados son autónomos para las AVD frente a un 21% que son dependientes. Después de analizar los datos vemos que el total de los hombres es autónomo para las AVD frente a un 27% del total de mujeres que es dependiente para las AVD.

Del 73% de mujeres autónomas para las AVD un 70% percibe su salud como buena o muy buena (55% y 15% respectivamente) y un 30% como mala o muy mala (25% y 5%) así como se puede ver en la gráfica 27. Por el contrario, se ha comentado que un 27% del total de mujeres entrevistadas son dependientes para las AVD. De éstas un 67% refería que su salud era mala y un 33% que era buena así como muestra la gráfica 28. Como podemos observar, la autonomía para realizar las AVD es un factor que influye en la percepción de salud de unas y otras.

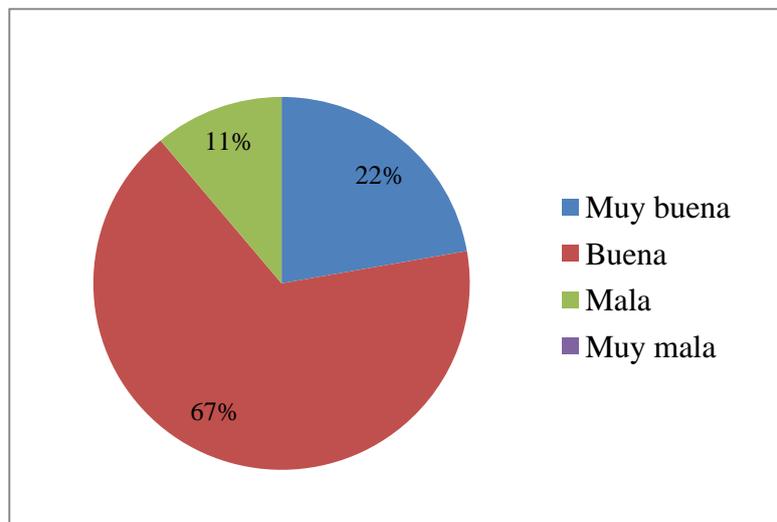


Gráfica 27: PS mujeres autónomas AVD



Gráfica 28: PS mujeres dependientes AVD

Así como se ha comentado anteriormente el 100% de los hombres entrevistados son autónomos para las AVD. Su percepción de salud es buena o muy buena en un 89% y mala en un 11%. Podemos notar que el hecho de ser autónomo para la realización de las AVD es un factor positivo en la percepción de la salud de los hombres incluidos en el proyecto de investigación.

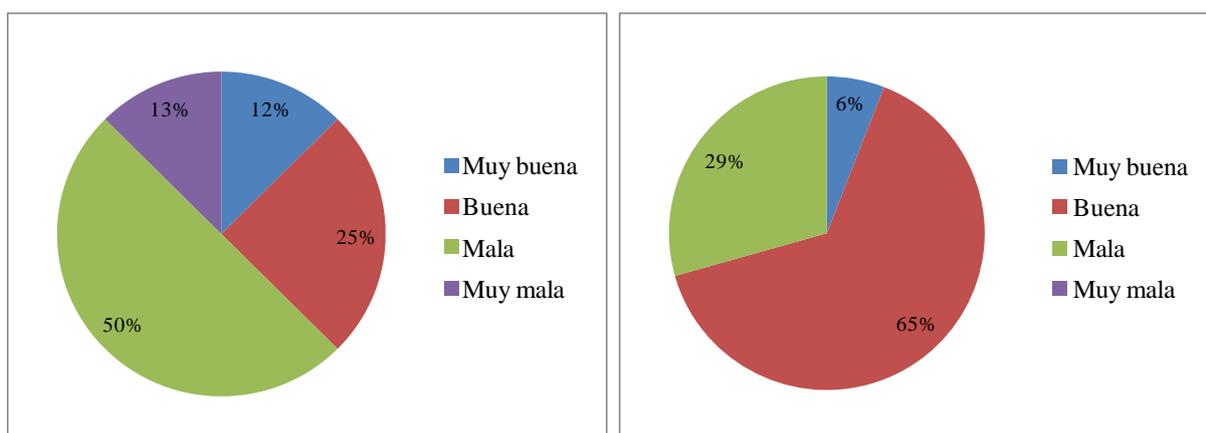


Gráfica 29: PS hombres autónomos AVD

En las gráficas 12, 13 y 14 del Anexo 4 podemos ver que, en general, la población incluida en el estudio refiere tener una buena calidad de vida. Un 71% de los ancianos tienen una buena/muy buena calidad de vida (56% y 15% respectivamente) frente a un 29% que tiene una mala/muy mala calidad (21% y 8% respectivamente). Se puede observar que los hombres, en un 80%, tienen una buena/muy buena calidad de vida (70% y 10% respectivamente) frente a un 20% de las mujeres (52% y 17% respectivamente). Por ello, según los datos extraídos de

las cuarenta entrevistas, podemos decir que los hombres son más propensos a referir tener una buena calidad de vida.

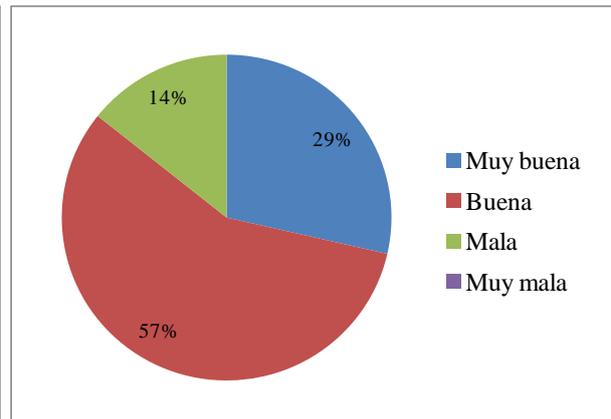
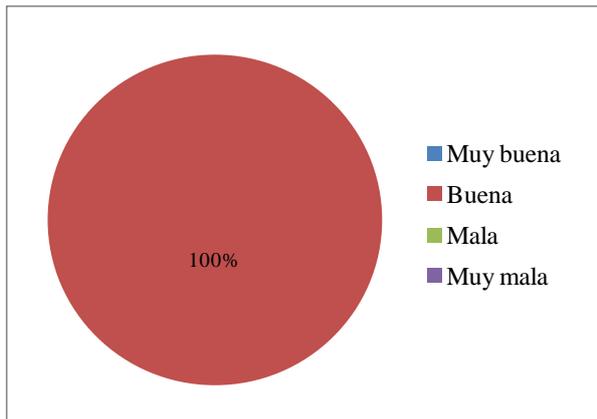
A continuación se muestran los resultados de la relación entre calidad de vida y percepción de la salud por tal de ver si la calidad de vida es un factor influyente en la auto-percepción de los ancianos entrevistados.



Gráfica 30: PS mujeres mala calidad vida *Gráfica 31: PS mujeres buena calidad vida*

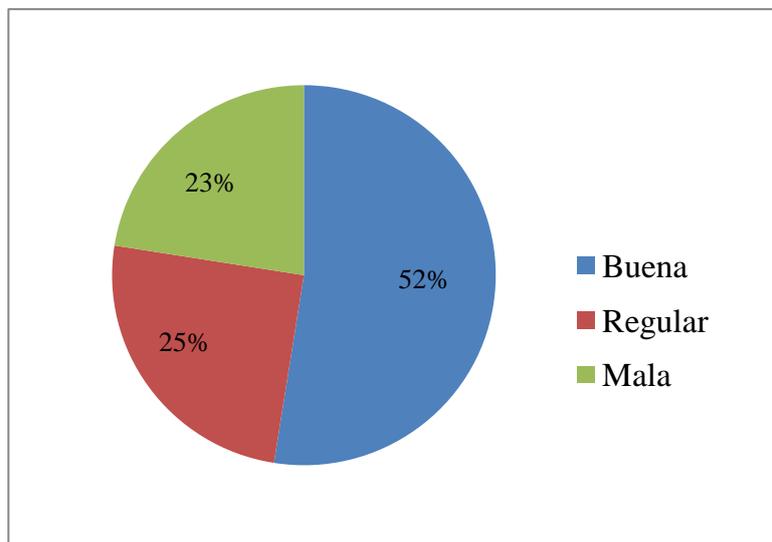
En las gráficas 30 y 31 podemos ver que las mujeres con mala calidad de vida perciben su salud como mala o muy mala en un 63% de los casos y como buena o muy buena en un 37%. En las mujeres con buena calidad de vida podemos observar que su percepción es buena o muy buena en un 71% y mala en un 29%. Con estos datos podemos afirmar que la calidad de vida es un factor que influye significativamente en la percepción que tienen las mujeres entrevistadas acerca de su salud ya que vemos como la percepción es buena con una calidad de vida buena, y como la percepción de salud es peor con una calidad de vida más baja.

En las siguientes gráficas, 32 y 33, podemos observar que los hombres son más propensos a tener buena percepción de su salud a pesar de tener una mala calidad de vida ya que el 100% de los que referían tener una mala calidad de vida percibieron su salud como buena. Así, los que tenían buena calidad de vida percibían su salud como buena o muy buena en un 86% (57% y 29% respectivamente) y como mala en un 14%. Por tanto, no podemos afirmar que la calidad de vida sea un factor relevante en la percepción de salud que refieren los hombres entrevistados.

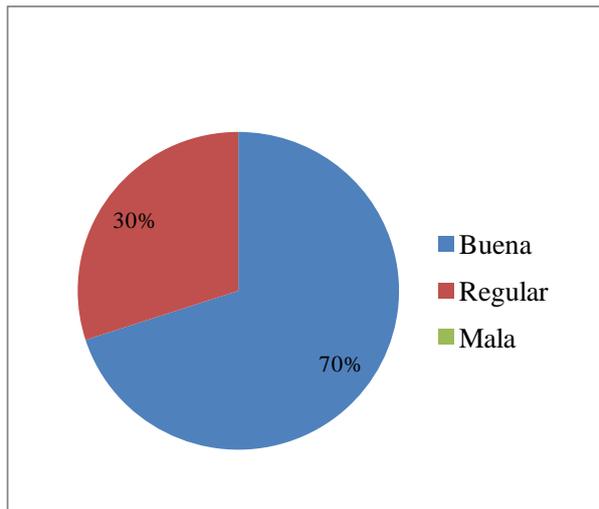


Gráfica 32: PS hombres mala calidad vida **Gráfica 33:** PS hombres buena calidad vida

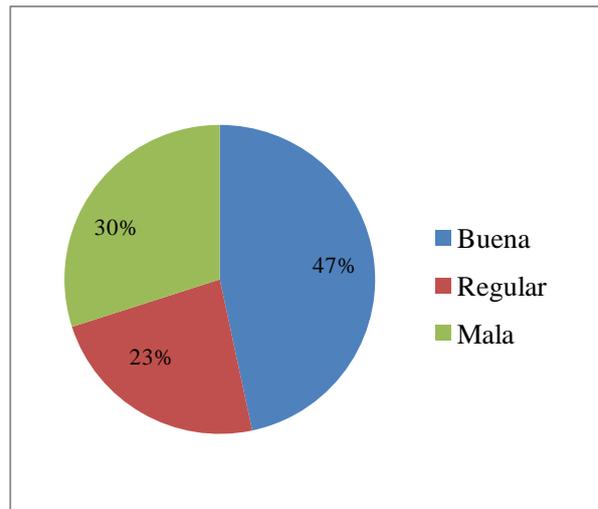
Por último se ha querido analizar la percepción de la vejez en los cuarenta ancianos entrevistados. Ha sido considerada como regular o buena en casi el 80% de los casos. Si nos fijamos en la percepción que tienen hombres y mujeres vemos que los hombres tienen una actitud positiva en relación con su percepción de la vejez y que las mujeres en un 70% de los casos consideran su percepción regular o buena y en un 30% como mala.



Gráfica 34: Percepción vejez ancianos entrevistados



Gráfica 35: Percepción vejez hombres



Gráfica 36: Percepción vejez mujeres

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para concluir el estudio volvemos a los objetivos iniciales: conocer cómo es la percepción de la propia salud en personas ancianas, identificar algunos factores que pueden hacer variar la percepción que tienen unos y otros sobre su salud y explorar si puede haber diferencias significativas en la percepción de la salud en diferentes grupos de estudio.

Para llegar a esos resultados se ha realizado una revisión de la literatura, un análisis cualitativo de diez entrevistas y un análisis cuantitativo de cuarenta entrevistas.

Los resultados obtenidos a partir de la revisión de la literatura han permitido conocer cuál era la percepción de la salud en diferentes lugares del mundo por diferentes autores. Ésta difería de un lugar a otro, de una población a otra, con diferentes características. El análisis de los artículos ha permitido objetivar algunos factores que hacían variar la percepción de salud de los individuos. Éste mismo fenómeno se ha podido comprobar en el análisis cualitativo y el cuantitativo realizados, demostrando que la salud es muy subjetiva y está influenciada por diversos factores. Se ha comprobado, además, que casi el 70% de los ancianos entrevistados percibían su salud al menos como buena y que había una diferencia notable en la percepción de hombres y mujeres, siendo mejor la del género masculino en más de un 25% de diferencia.

Padecer algún problema de salud, la soledad, la autonomía para realizar las AVD y la calidad de vida son los factores que más han influenciado en los ancianos entrevistados a la hora de percibir su salud.

De igual manera ha pasado con los artículos analizados, que incluían algunos factores más como influyentes en la percepción que los ancianos referían sobre su propia salud. Estos factores; edad, la reciente hospitalización, el seguimiento médico regular, la capacidad de masticación, los ingresos, el desempleo, etc., no han sido estudiados en el análisis cualitativo debido a falta de información de las entrevistas y por ello no podemos decir que se cumplan y sean factores que influyan en la percepción de los ancianos entrevistados [15 – 19].

Se han podido observar diferencias notables en la percepción de salud de las mujeres y hombres mayores entrevistados, siendo mejor la del género masculino en más de un 25% de diferencia. Y es que además, según un estudio realizado en Beijing y Shangai en 2009 ser hombre es un factor que influye en la probabilidad de tener una buena percepción de la salud [14].

Otras diferencias en sexo que han sido analizadas pueden verse a continuación:

Por un lado podemos ver que los problemas de salud que los ancianos padecían influían negativamente en la percepción de salud de las mujeres, a diferencia de los hombres, que aún padeciendo patologías percibían su salud como buena en un 90% de los casos. Otra de las variables estudiadas es el descanso, que también influía en la percepción de salud de las mujeres pero que no influía de manera relevante en la percepción de los hombres. La alimentación y el hecho de disfrutar comiendo también eran factores que influenciaban notablemente la percepción de salud de las mujeres, ya que aquellas que no disfrutaban comiendo tendían a tener una peor percepción de su salud. La soledad era otro de los factores directamente relacionados con la percepción de salud de las mujeres, al contrario que con los hombres, que no influía de manera tan significativa.

Por otro lado, encontramos una variable que afecta a ambos sexos en su percepción de salud: la calidad de vida. Y es que tanto hombres como mujeres que referían tener buena calidad de vida, percibían positivamente su salud.

Por el contrario, en el caso del tiempo que dedican al ocio unos y otros, no encontramos relaciones significativas con la percepción de salud.

Estos aspectos han sido planteados a modo de conjeturas que no pretenden ser concluyentes, puesto que la muestra es muy limitada. Por lo que se ha planteado este trabajo como estudio piloto para futuros proyectos de investigación con una muestra mucho más amplia.

Para concluir se puede decir que los resultados obtenidos en el análisis realizado son parecidos a los encontrados en la revisión de la literatura. Ambas partes afirman que la percepción de la salud es una valoración subjetiva y por tanto diferente para cada persona y grupo social, y que hay diversos factores que influyen en la percepción de salud de una persona.

6. LIMITACIONES

En el presente estudio han surgido diversas limitaciones que se anuncian a continuación.

En primer lugar, al realizar la búsqueda bibliográfica nos encontramos con la dificultad de encontrar artículos sobre la auto-percepción de la propia salud en la población anciana, puesto que es un tema muy concreto y no dábamos con las palabras clave que nos permitieran encontrar artículos relevantes. Por ello, tuvimos que cambiar la búsqueda varias veces. Además, muchos de los artículos que encontrábamos no estaban con texto completo o no eran artículos gratuitos en internet, y por ello hubo que pedirlos.

Además, en cuanto a la utilización de los filtros en las bases de datos, en Pubmed no se empleó el de “que las palabras clave aparezcan en el abstract”, puesto que la cantidad de artículos que aparecían era muy elevada.

La gran limitación en relación al análisis realizado es el pequeño tamaño de la muestra. Aunque en el análisis cuantitativo hubiera datos disponibles de cuarenta entrevistas la muestra sigue siendo pequeña para hablar de un estudio con validez científica. No obstante, tal y como se ha comentado anteriormente, este trabajo no ha pretendido ser definitivo, sino un primer estudio piloto para futuros trabajos de investigación. Respecto al análisis cualitativo, habría sido más oportuno realizar entrevistas específicas sobre el tema de estudio: la percepción de la salud en la vejez, y haber realizado preguntas más abiertas. Aún así, los datos obtenidos son

interesantes y pueden servir como proyecto piloto para futuros estudios de investigación de mayor magnitud.

7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Teniendo en cuenta los resultados de este proyecto, se ve importante que se tengan en cuenta algunas recomendaciones en la práctica clínica:

- Mantener una actitud de escucha activa ante la expresión de sentimientos por parte del anciano.
- Realizar cuidados de enfermería de manera biopsicosocial y espiritual, es decir, mantener una atención integral, de manera holística e individualizando el cuidado por tal de disminuir en la medida de lo posible aquellos factores que influyan en su mala percepción de la salud.

8. SUGERENCIAS PARA LA INVESTIGACIÓN

Después de la realización del presente proyecto de investigación, se ve la necesidad de la realización de futuros estudios respecto a la auto-percepción de la salud en la ancianidad. Es así debido a la falta de investigación sobre el tema, la falta de concienciación por parte de la sociedad y de los propios profesionales sanitarios respecto a cómo se sienten las personas mayores con su salud.

En futuras investigaciones sería interesante estudiar este fenómeno en una población mayor para poder generalizar los resultados, así como poseer de una muestra similar de hombres y mujeres para poder examinar con mayor fiabilidad la diferencia de percepción de salud por sexo.

Además, se podría analizar en mayor profundidad los factores que influyen en el hecho de tener una auto-percepción negativa del estado de salud y, más concretamente, las razones por las que afectan en mayor grado al sexo femenino.

9. REFLEXIÓN PERSONAL

Este trabajo final de grado ha sido el último paso a seguir en el camino que empecé el año 2011, cuando comencé el grado en enfermería.

En el transcurso de estos años he podido descubrir que un ámbito de la enfermería que me apasiona es la geriatría. Y es que la atención geriátrica es más que medicación, curas o técnicas, es el acompañar, cuidar y mejorar la calidad de vida de aquellas personas que un día cuidaron de nosotros.

Con la realización del TFG he aprendido muchísimo en cuanto a la ejecución de un proyecto de investigación. Por un lado he podido mejorar mi búsqueda bibliográfica en diversas fuentes de datos, así como la utilización del gestor bibliográfico Refworks. Además he aprendido mucho en la ejecución del análisis cualitativo y cuantitativo a nivel académico, profesional y humano, puesto que me ha hecho reflexionar sobre la vivencia que tienen los ancianos de su vejez y su percepción de la salud.

Por ello he podido adentrarme en el mundo de la investigación viendo su importancia en la enfermería para poder llegar a ser profesionales más competentes.

A partir de la realización del análisis cualitativo de este trabajo considero que si mantuviéramos una escucha activa cada vez que nos comunicáramos con algún paciente entenderíamos mucho mejor a esa persona, seríamos más empáticos, la conversación y los cuidados serían mucho más eficientes.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Díaz J, Garrido Medina L. La situación social de la vejez en España desde una perspectiva demográfica. 1994 Noviembre: 164.]
2. Instituto Nacional de Estadística [sede web]. España: INE; [acceso Enero 2015]. Esperanza de vida [1 pantalla]. Disponible en:
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
3. Esmeriz C.E.C., Meneghim M.C., Ambrosano G.M.B. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. Gerodontology 2012; 29: 281-9.

4. OMS [sede web]. España: OMS; [acceso Enero 2015]. Datos estadísticos [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/countries/esp/es/>
5. OMS [sede web]. España: OMS; [acceso Enero 2015]. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>
6. Séculi E., Fusté J., Brugulat P., Juncà S., Rué M., Guillén M. Health self-perception in men and women among the elderly. *Gac Sanit* 2001; 15 (3): 217-223.
7. National Geographic [sede web]. España: National Geographic; [acceso Enero 2015]. Estudio global: vivimos más, pero aumenta la tasa de enfermedad. Disponible en: <http://www.nationalgeographic.es/noticias/obra-national-geographic/mundo-educativo/estudio-global-vivimos-ms-pero-aumenta-la-tasa-de-enfermedad>
8. Fernanda Lima-Costa M, Araújo Firmo JO, Uchôa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. 2005; 21(3): 830-839.
9. World Health Organization [sede web]. Acceso Enero 2015. Life expectancy at birth, 1990-2013. Disponible en: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html
10. Instituto Nacional de Estadística. España: INE; [acceso enero 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
11. Institut d'estadística de Catalunya [sede web]. España: Idescat; [acceso enero 2015]. Esperança de vida al nèixer. Per sexe. 2012. Disponible en: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8717>
12. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. España: IMSERSO; 2012. Serie Documentos Estadísticos: 22023.
13. Abellán García, A., Vilches Fuentes, J., Pujol Rodríguez, R. Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. España: CSIC; 2014. Número 6.

14. Haseli-Mashhadi N, Pan A, Ye X, Wang J, Qi Q, Liu Y, et al. Self-Rated Health in middle-aged and elderly Chinese: distribution, determinants and associations with cardio-metabolic risk factors. *BMC Public Health* 2009; 9: 238.
15. Jylhä, M., Guralnik, J. M., Balfour, J., Fried, L. P. Walking Difficulty, Walking Speed, And Age as Predictors of Self-Rated Health: The Women's Health and Aging Study. *J Gerontol.* 2001; 56 (10): 609-17.
16. Sun, W., Watanabe, M., Tanimoto, Y., Shibutani, T., Kono, R., Saito, M., et al. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 22 de octubre de 2007; 7: 1-9.
17. Mossey, J. M., Shapiro, E. Self-rated health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. *Am J Public Health.* 1982; 72: 800-8.
18. French DJ, Sargent-Cox K, Luszcz MA. Correlates of subjective health across the Ageing Lifespan: Understanding Self-Rated Health in the Oldest-old. *J Ageing Health* 2012;24 (8):1449-1469.
19. Chan KM, Pang WS, Ee CH, Ding YY, Choo P. Self-Perception of Health among Elderly Community Dwellers in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 1998; 27: 461-467.
20. Liang, J., Shaw, B.A., Krause, N., Bennett, J.M., Kobayashi, E., Fukaya, T., et al. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005; 60: S224-32.
21. Wang, N., Iwasaki, M., Otani, T., Hayashi, R., Miyazaki, H., Xiao, L., et al. Perceived health as related to income, socio-economic status, lifestyle, and social support factors in a middle-aged Japanese. *J Epidemiol.* 2005; 15: 155-62.
22. Takata, Y., Ansai, T., Awano, S., Fukuhara, M., Sonoki, K., Wakisaka, M., et al. Chewing ability and quality of live in an 80-year-old population. *J Oral Rehabil.* 2006; 33: 330-4.
23. Wang, J.J., Smith, W., Cumming, R.G., Mitchell, P. Variables determining perceived global health ranks: findings from a population-based study. *Ann Acad Med Singapore.* 2006; 35: 190-7.

24. Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., Koskenvuo, M. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res.* 2001; 50: 77-86.
25. Goodwin, R., Engstrom, G. Personality and the perception of health in the general population. *Psychol Med.* 2002; 32: 325-32
26. Hansen, M.S., Fink, P., Frydenberg, M., Oxhoy, M.L., Sondergaard, L., Eriksen, M. Mental disorders in medical inpatients and the association to severity of illness, self-rated physical disability, and health-perception. *Psychosomatics.* 2001; 42: 41-7.
27. Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H. G., Heuft, G. What influences self-perception of health in the elderly? The rol of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2004; 39: 227-37.
28. Lehr U. Gesundheit und Lebensqualität im Alter. *Z. Gerontopsychol.* 1997; 10: 277-87.
29. Kivinen, P., Halonen, P., Eronen, M., Nissinen, A. Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: The Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Age Aging.* 1998; 27: 41-7.
30. Esquivel Hernández, R. I., Jiménez Férez, J. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. *ADM.* 2010; LXVII: 127-32.
31. Silva, S. R., Castellanos, R. A. Self-perception of oral health status by the elderly. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35: 349-55.

Otros:

1. M^a Ángeles de Juan Pardo. La vivencia de la ancianidad: estudio fenomenológico y reflexión antropológica [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2013.
2. Monforte Royo, C., Villavicencio Chávez, C., Tomás Sábado, J., Balaguer, A. The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psycho-Oncology.* 2011; (20): 795-804.

3. Yamashita, K., Kobayashi, S., Tsunematsu, T. Depressed mood and subjective sensation well-being in the elderly living alone on Oki island in Shimane prefecture. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*. 1992; 29 (3): 179-84.
4. Koubouli, S., Vlachonikolis, I.G., Philalithis, A. Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Serv Res*. 2002; 2:
5. You, K.S., Lee, H. The physical, mental, and emotional health of older people who are living alone or with relatives. *Arch Psychiatr Nurs*. 2006; 20: 193-201.
6. Van Gelder, B.M., Tijhuis, M., Kalmijn, S., Giampaoli, S., Nissinen, A., Kromhout, D. Marital status and living situation during a 5-year period are associated with a subsequent 10-year cognitive decline in older men: the FINE study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006; 61: P213-9.
7. Damian, J., Ruigomez, A., Pastor, V., Martin-Moreno, J.M. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999; 53: 412-6.
8. Wang, J.J., Mitchell, P., Smith, W. Vision and low self-rated health: the Blue Mountains Eye Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2000; 41: 49-54.
9. Wang, J.J., Smith, W., Cumming, R.G., Mitchell, P. Variables determining perceived global health ranks: findings from a population-based study. *Ann Acad Med Singapore*. 2006; 35: 190-7.
10. Jokovic, A., Locker, D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent*. 1997; 57: 40-7.
11. Locker, D., Clarke, M., Payne, B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res*. 2000; 79: 970-5.
12. Sánchez, G.S., y col. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. *Salud Publica Mexico*. 2007; 49: 173-81.

11. ANEXOS

11.1 Anexo 1: Calendario de actividades programadas

FECHA	ACTIVIDAD
Septiembre 2014	Ubicación en la asignatura de TFG, presentación de temas, objetivos generales de cada trabajo, forma de trabajar el TFG, exploración de herramientas.
Octubre 2014	Concretar palabras clave e inicio de la búsqueda bibliográfica. Elaboración de objetivos generales.
Octubre –Noviembre 2014	Se modifica la búsqueda bibliográfica: se añaden palabras claves así como bases de datos y se cambia la estructura de búsqueda. Selección de artículos de las diferentes bases de datos. Se elaboran los objetivos específicos. Planificación del índice.
Diciembre 2014 – Enero 2015	Lectura crítica de los artículos seleccionados, eliminación de artículos tras su lectura debido a que no se ajusten al tema principal de la revisión bibliográfica. Primer borrador de la introducción. Realización del cronograma y el mapa conceptual.
Enero – Febrero 2015	Desarrollo de la metodología de la revisión bibliográfica. Aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Iniciar la redacción del marco teórico esbozando los autores relevantes.

	Introducción finalizada.
Febrero – Marzo 2015	Finalizado: introducción, objetivos, revisión de la literatura y metodología. Analizar datos de las entrevistas. Reflexionar sobre limitaciones, valorar aspectos éticos del trabajo y consentimientos informados.
Marzo – Abril 2015	Versión casi final de la introducción, revisión de la literatura y metodología. Redacción de los resultados y conclusiones. Justificar los resultados obtenidos con los objetivos planteados. Redactar resumen y reflexión personal.
Abril – Mayo 2015	Finalización de la redacción del documento completo. Corrección de apartados anteriores.
Mayo 2015	Corrección del TFG después del feedback. Acordar ideas principales para el power point y empezar a realizarlo.
Junio 2015	Defensa oral.

11.2 Anexo 2: Carta de evaluación del CER



CARTA APROVACIÓ PROJECTE PEL CER

Codi de l'estudi: INF-2014-15

Versió del protocol: 1.0

Data de la versió: 11/07/2014

Títol: La percepció sobre la vejez: a partir de entrevistes realitzades a persones anclanas, estudiants de tercer de Grado de Enfermeria en la asignatura de Gent Gran.

Sant Cugat del Vallès, 23 de setembre de 2014.

Investigador: M^a Àngeles de Juan Pardo

Títol de l'estudi: La percepció sobre la vejez: a partir de entrevistes realitzades a persones anclanas, estudiants de tercer de Grado de Enfermeria en la asignatura de Gent Gran.

Benvolgut(da),

Valorat el projecte presentat, el CER de la Universitat Internacional de Catalunya, considera que, des del punt de vista ètic, reuneix els criteris exigits per aquesta institució i, per tant, ha

RESOLT FAVORABLEMENT

emetre aquest CERTIFICAT D'APROVACIÓ per part del Comitè d'Ètica de la Recerca, per que pugui ser presentat a les instàncies que així ho requereixin.

Em permeto recordar-li que si en el procés d'execució es produís algun canvi significatiu en els seus plantejaments, hauria de ser sotmès novament a la revisió i aprovació del CER.

Atentament,



Dr. Josep Argemí
President CER-UIC

11.3 Anexo 3: Consentimiento informado de la entrevista



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ENTREVISTA

D.
Con DNI: autoriza a D/Dña

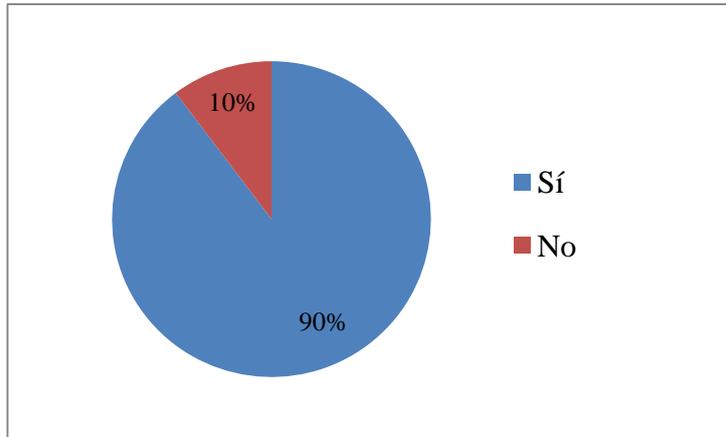
.....
como estudiante de 3º de Enfermería para realizarme una Entrevista, de forma anónima, que servirá para que los estudiantes de enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya, conozcan la percepción que tengo sobre mi propia vejez. Es un trabajo dentro de la materia de Cuidados a la Gent Gran. Autorizo a que los datos procedentes de esta entrevista, respetando mi derecho a la confidencialidad, puedan ser utilizados con fines docentes y de investigación por la propia Universitat Internacional de Catalunya, contribuyendo con ello al mejor cuidado de las personas ancianas.

FDO: Sr/a.
.....
.....

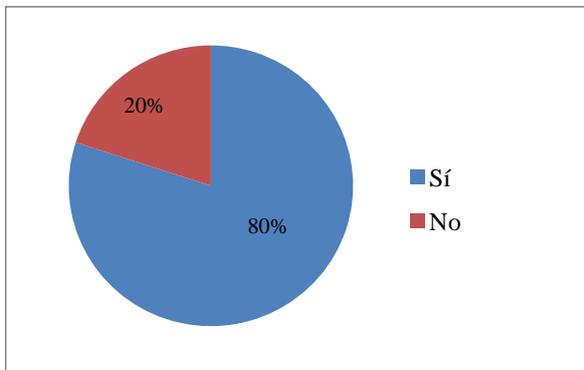
FDO Sr/ a.....
.....
.....

St. Cugat Del Vallès, Marzo de 2014

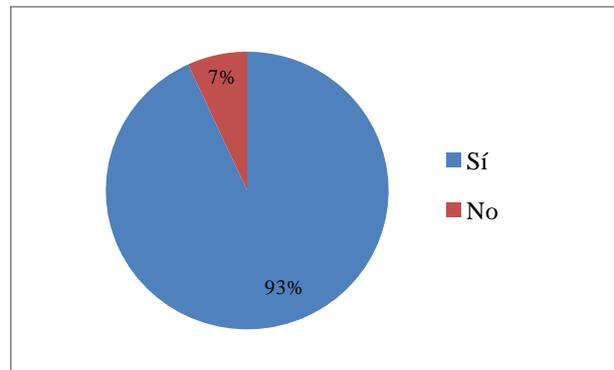
11.4 Anexo 4: Gráficas análisis cuantitativo



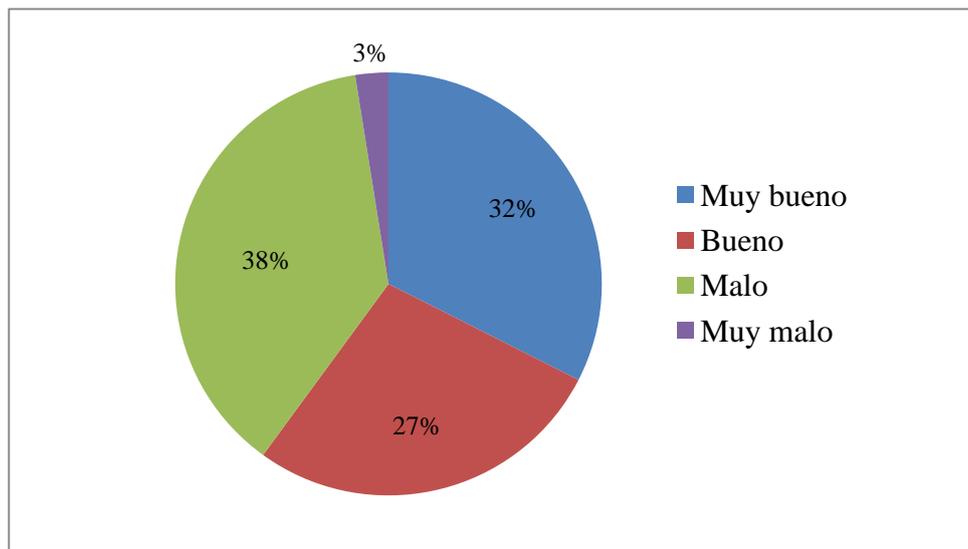
Gráfica 1: Problema de salud ancianos entrevistados



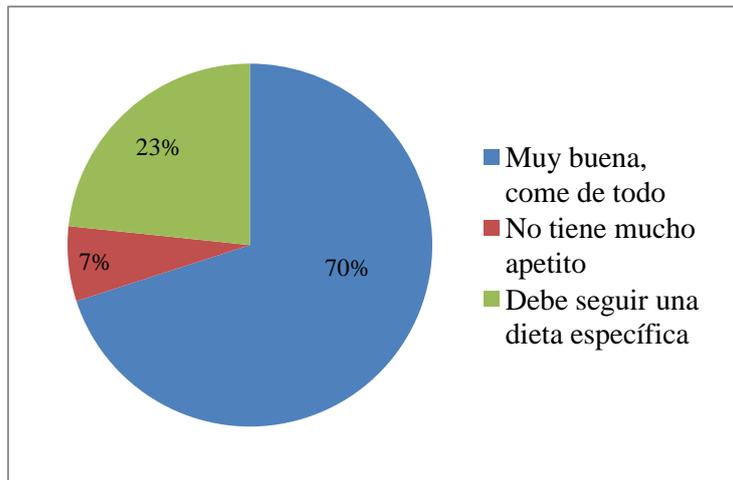
Gráfica 2: Problemas salud hombres



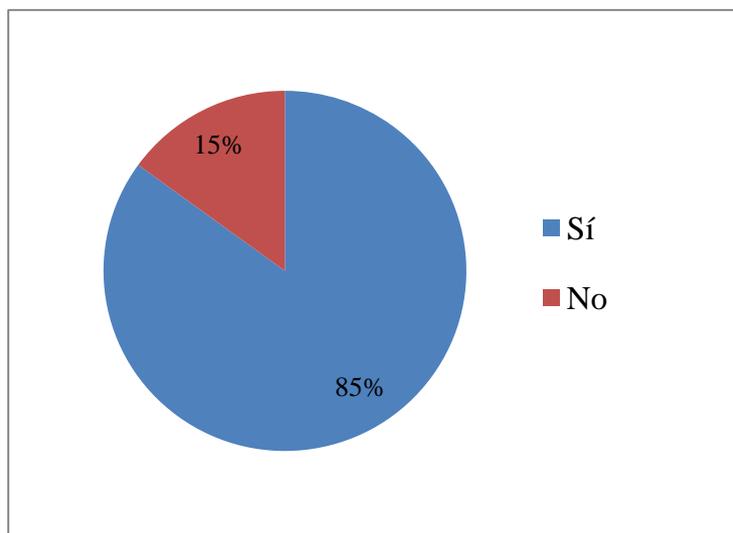
Gráfica 3: Problemas salud mujeres



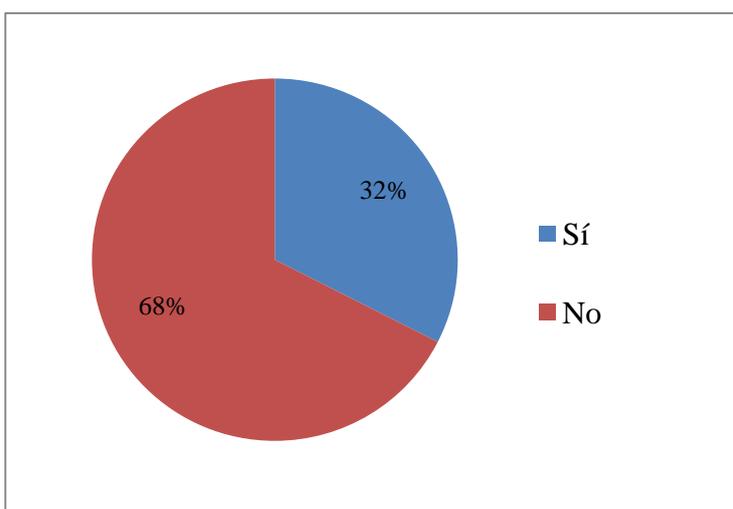
Gráfica 4: Descanso ancianos entrevistados



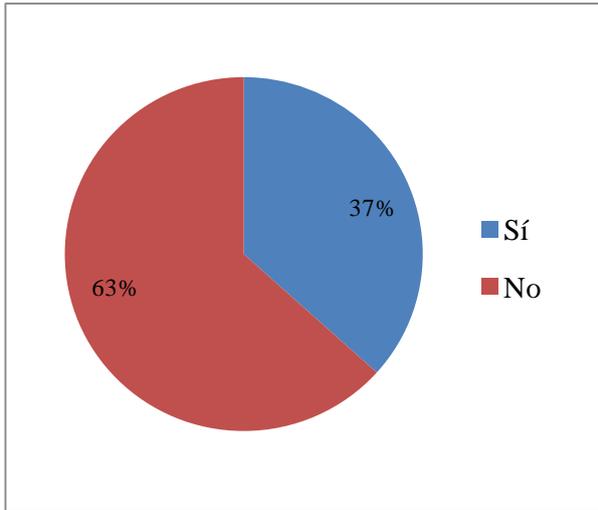
Gráfica 5: Alimentación ancianos entrevistados



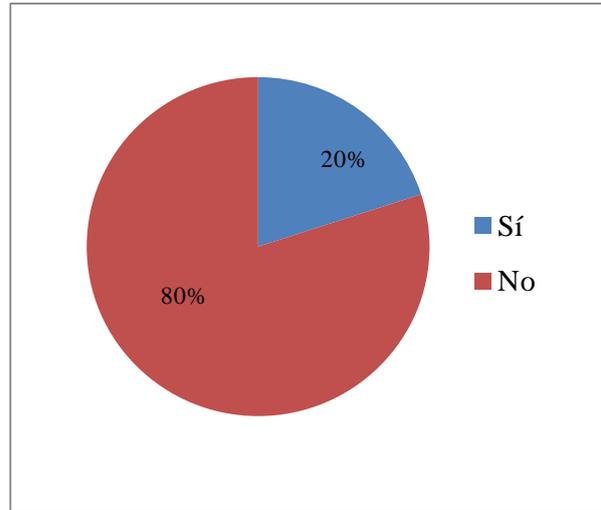
Gráfica 6: Disfrutar comiendo



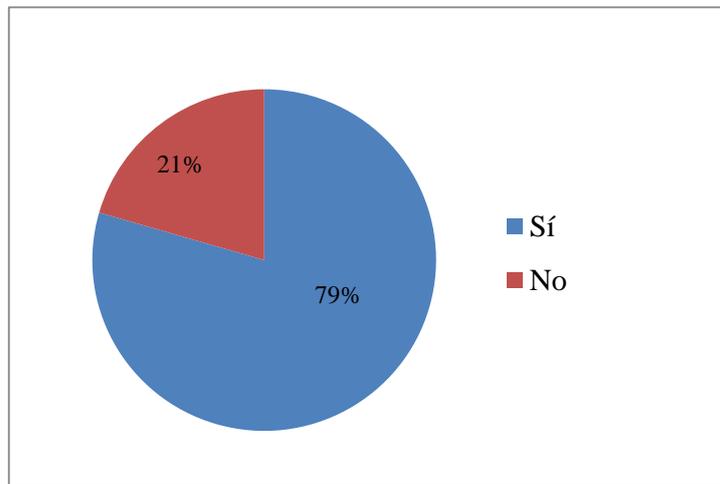
Gráfica 7: Soledad ancianos entrevistados



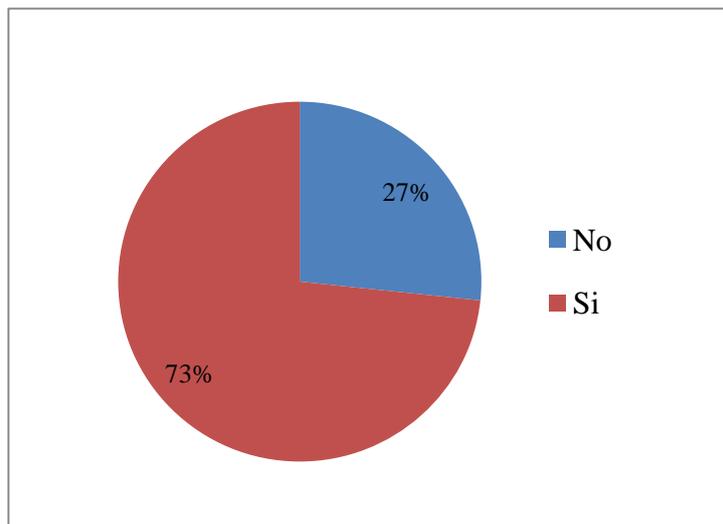
Gráfica 8: Soledad en mujeres



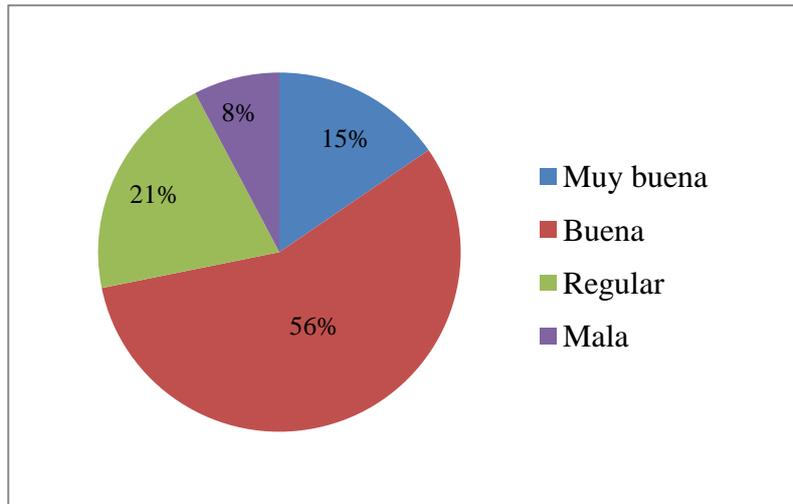
Gráfica 9: Soledad en hombres



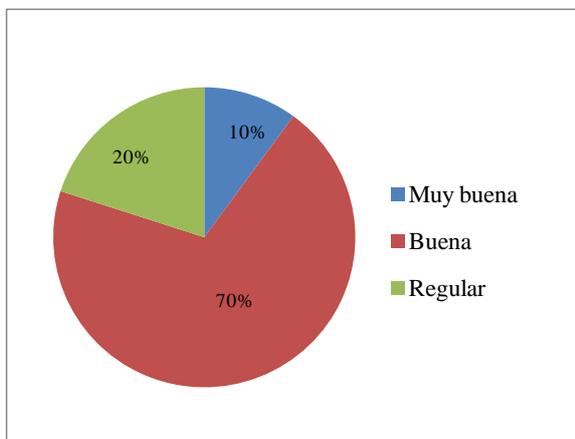
Gráfica 10: Autonomía para las AVD



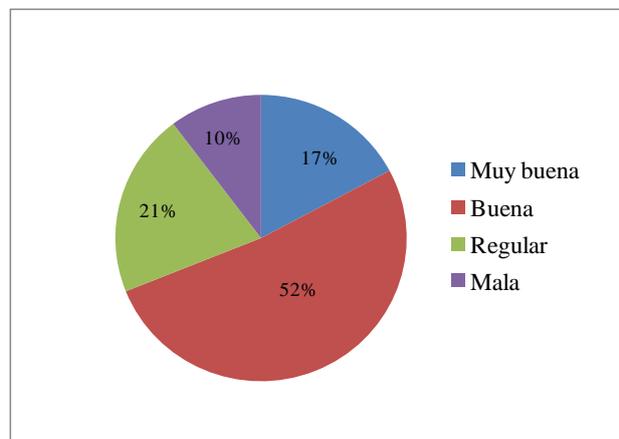
Gráfica 11: Autonomía para AVD en mujeres



Gráfica 12: Calidad de vida ancianos entrevistados



Gráfica 13: Calidad de vida hombres



Gráfica 14: Calidad de vida mujeres