

# La vivencia de calidad de vida en la vejez

Laura Diaz Fonte

**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).



Universitat  
Internacional  
de Catalunya

Facultad  
de Medicina y  
Ciencias de la Salud

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# La vivencia de calidad de vida en la vejez

Grado en Enfermería

**Autor:** Laura DIAZ FONTE

**Tutor:** Dra. M<sup>a</sup> Ángeles DE JUAN PARDO

**Fecha de presentación:** 24/05/2016

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

Dedicado a todas aquellas personas  
que emplean tiempo y esfuerzo  
para mejorar la calidad de vida  
de nuestros ancianos.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, debo agradecer el apoyo y soporte que me ha brindado la Dra. M<sup>a</sup> Ángeles De Juan, quien ha tutelado el presente trabajo con mucha profesionalidad y empeño. Gracias por transmitir ese entusiasmo y cariño hacia nuestra magnífica profesión enfermera.

También mencionar mis agradecimientos al resto de profesores de la UIC, quienes han formado parte de este viaje en el que me embarqué hace cuatro años y que con este trabajo llega a su fin. Gracias por compartir vuestro conocimiento y valores necesarios para ejercer la enfermería como se merece.

Así mismo, agradecer al personal de la biblioteca de la universidad por la labor y trabajo que llevan a cabo con los cursos que imparten, y a la Dra. Cristina Monforte por los seminarios que ha impartido durante el curso académico, pues han sido de gran ayuda para la realización del trabajo.

En segundo lugar, a mis amigos y compañeros por la paciencia y todo el tiempo que no he podido estar por ellos, con especial mención a mi pareja Dani. Gracias por formar parte de mi vida y ser un pilar en momentos de debilidad.

Finalmente, no podría dejar de agradecer todo el esfuerzo y la confianza que han depositado en mí a mis padres. Gracias a ellos he podido realizar un sueño y no encontraría palabras suficientes para agradecerse. Todo lo que soy es un reflejo de su educación, amor y respeto que me han ido inculcando a lo largo de mi vida, y estoy más que orgullosa por ello. Gracias de nuevo familia. Os quiero.

## **RESUMEN**

En los últimos años, se ha producido un progresivo envejecimiento de la población. Actualmente el 18% total de la población es mayor de 65 años y se prevé un incremento al 38,7% en 2064. Paralelamente, el número de personas muy ancianas también se ha visto incrementado. El aumento de edad guarda relación con cambios que experimentan las personas en sus vidas. Por ello, la calidad de vida en la vejez, puede verse alterada por el impacto que puedan causar dichos cambios.

**Objetivos:** conocer el significado y características principales de la CdV a través de la experiencia vivida de ser anciano e identificar los factores que se asocian a la variabilidad en la percepción de la misma.

**Diseño:** revisión de la literatura sobre la percepción de calidad de vida en la vejez y estudio piloto transversal descriptivo sobre la vivencia de los ancianos acerca de su calidad de vida.

**Metodología:** búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Dialnet, Cinahl y Cuiden con las palabras clave percepción, calidad de vida y vejez desde octubre de 2015 a mayo de 2016. Análisis de 100 entrevistas a personas mayores de 65 años sobre el tema de estudio.

**Resultados:** se han identificado cinco temas principales que se asocian a la calidad de vida, tanto en la revisión de la literatura como en el análisis de las entrevistas: la salud a nivel físico, mental, ámbito social, económico y espiritual. El 59% de los ancianos entrevistados percibían su calidad de vida como buena y sólo un 9% como mala o muy mala. La autonomía o dependencia para las AVD y AIVD y la familia, han sido los subtemas más relevantes para autoevaluar la calidad de vida percibida por los ancianos de la muestra.

**Conclusiones:** la calidad de vida en la vejez puede significar la evaluación total que uno mismo hace sobre su propia vida en un momento determinado, teniendo perspectiva de los años vividos. Se caracteriza por ser subjetivo e influenciado por múltiples factores. La calidad de vida de los ancianos, merece una atención multidisciplinar por parte de los profesionales y una concienciación a nivel social especialmente por parte de la familia.

**Palabras clave:** percepción, calidad de vida, vejez

## **ABSTRACT**

In recent years, there has been a progressive aging of the population. Currently 18% of the total population is over 65 and is expected to increase to 38.7% in 2064. Meanwhile, the number of very old people has also been increased. Increasing age is related to changes that people experience in their lives. Therefore, the quality of life in old age, can be altered by the impact that may cause such changes.

**Objectives:** To know the meaning and main features of quality of life through the experience of being elderly, and identify factors that are associated with variability in the perception of it.

**Design:** literature review on the perception of quality of life in old age and descriptive cross-sectional pilot study on the experience of the elders about their quality of life.

**Methodology:** literature search in PubMed, Dialnet, Cinahl data and Cuiden with the keywords perception, quality of life and old age from October 2015 to May 2016. Analysis of 100 interviews with people over 65 years on the subject of study.

**Results:** We have identified five main issues that are associated with quality of life, both the literature review and the analysis of the interviews: health in physical, mental, social, economic and spiritual realm level. 59% of elderly respondents perceived their quality of life as good and only 9% as bad or very bad. Autonomy or dependence for ADL and IADL and family, have been the most relevant subtopics to self-assess the quality of life perceived by the elders of the sample.

**Conclusions:** The quality of life in old age can mean total self-assessment made on his own life at a particular time, taking perspective of the years lived. It is characterized by subjective and influenced by multiple factors. The quality of life of the elderly, deserves a multidisciplinary care by professionals and social level awareness especially from the family.

**Keywords:** perception, quality of life, old age

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE DE TABLAS .....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS .....	IX
ABREVIATURAS.....	X
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS .....	2
3. MARCO TEORICO .....	3
3.1 Calidad de vida relacionada con la salud física .....	4
3.2 Calidad de vida relacionada con la salud mental .....	5
3.3 Calidad de vida relacionada con el ámbito social .....	6
3.4 Calidad de vida relacionada con el ámbito económico.....	8
3.5 Calidad de vida relacionada con la espiritualidad.....	8
4. METODOLOGIA.....	10
4.1 Estrategia de búsqueda.....	10
4.2 Análisis de las entrevistas .....	123
4.3 Consideraciones éticas .....	13
5. RESULTADOS .....	15
5.1 Resultado de la estrategia de búsqueda.....	15
5.2 Resultado del análisis cuantitativo de las entrevistas.....	16
5.3 Resultado del análisis cualitativo de los <i>verbatim</i> s.....	18
6. LIMITACIONES .....	27
7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	27

8. SUGERENCIAS PARA LA INVESTIGACIÓN.....	28
9. CONCLUSIONES.....	28
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30
11. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO.....	34
12. ANEXOS .....	36
Anexo 1. Cronograma .....	36
Anexo 2. Guion y normas para la presentación de la entrevista .....	37
Anexo 3. Certificado de aprobación por el CER.....	40
Anexo 4. Consentimiento Informado para las entrevistas .....	41

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategia de búsqueda .....	10
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	11
Tabla 3. Datos sociodemográficos de la muestra .....	16
Tabla 4. Calidad de vida autopercebida .....	17
Tabla 5. Temas y subtemas relacionados con la CdV .....	18

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de artículos .....	12
Figura 2. Resultados del proceso de búsqueda y selección de artículos .....	15
Figura 3. Relación entre percepción de CdV y sexo.....	17

## **ABREVIATURAS**

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

AVD: Actividades de la vida diaria

CdV: Calidad de Vida

CER: Comitè d'Ètica de Recerca

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

EEUU: Estados Unidos

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

Pág.: Página

UIC: Universitat Internacional de Catalunya

## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los cambios demográficos debidos a la disminución del índice de fertilidad, así como al aumento de la esperanza de vida, reflejan un creciente incremento de la población anciana (1).

Actualmente alrededor del 8% de la población mundial es mayor de 65 años, con proyección a 20 años de un aumento estimado al 20% (2). En el caso de España, el fenómeno del envejecimiento se ha visto especialmente acelerado, pues en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años (1); según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), actualmente se sitúa alrededor del 18% y se prevé un aumento al 38,7% en 2064 (3).

El aumento de la esperanza de vida, es el resultado de los avances de la tecnología médica, del desarrollo de la sanidad pública, así como de la mejoría de las condiciones de vida, entre otros (4). En España la esperanza de vida al nacimiento entre 1992 y 2013 ha pasado de 73,9 a 80 años en los hombres y de 81,2 a 85,6 años en las mujeres, según las tablas de mortalidad que publica el INE (5).

Además, a esta realidad se le añade la tendencia denominada “envejecimiento del envejecimiento” (6). Según datos proporcionados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), a principios del siglo XX, los mayores de 80 años han pasado de representar el 0,6% sobre el total de población de más de 65 años, al 1,2% en 1960 y al 5,2% en 2011. Se estima que en el año 2050 representarán el 14,9% (7).

El sobre-envejecimiento implica una toma de conciencia social y profesional, pues el perfil de persona mayor, que es el principal sujeto de atención, está cambiando (4).

Dado que los problemas de salud guardan una relación directa con la edad, mantener y mejorar la Calidad de Vida (CdV) de las personas mayores, es uno de los principales retos que plantea el proceso de envejecimiento (7-9).

La CdV es un término ampliamente definido, aunque no existe una descripción o medida universal del concepto (10). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo expone como

“la percepción individual de la posición en la vida, dentro de un contexto cultural y sistemas de valores en las que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye, como aspectos personales: la salud, la autonomía y satisfacción con la vida, y como aspectos ambientales: las redes de apoyo y servicios sociales, entre otros (9,11). El dolor y las habilidades de afrontamiento a menudo influyen también en la calidad de vida (12,13).

El conocimiento de los factores que son más relevantes en la percepción de la CdV de los ancianos, es esencial para determinar sus necesidades y preferencias, para así plantear estrategias que mejoren el bienestar de este sector de la población, cada vez más numeroso.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS**

La pregunta de investigación que motiva al estudio es conocer cómo es la percepción de la CdV en la vejez, con el objetivo de:

1. Explorar el significado y características principales de la experiencia vivida de ser anciano en cuanto a la CdV percibida.
2. Identificar los factores que se asocian a la variabilidad en la percepción de la CdV.

### 3. MARCO TEÓRICO

Tras el creciente aumento de la población anciana, paralelamente se ha visto un incremento en la investigación en este grupo de edad, especialmente sobre la CdV (6). Ya no se busca sólo alargar la vida, sino ‘aumentar vida a los años’.

Haciendo un breve análisis de cómo se ha abordado el estudio de la CdV en los ancianos en las últimas décadas, observamos que en los sesenta, se hablaba de ‘satisfacción con la vida’. Años después se acuñó el término ‘envejecimiento con éxito’ (14), para referirse a “aquellos ancianos con baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada, por lo que gozan de un alto funcionamiento físico, mental y alta participación social” (15). No obstante, la expresión ha sido criticada por los expertos geriátricos, pues argumentan que el uso de ésta limita el campo de la investigación, ya que el término ‘envejecimiento con éxito’ ha sido definido por los profesionales e investigadores en lugar de por los propios ancianos (16).

Un poco más adelante, en los setenta, surge el concepto ‘calidad de vida’ como “la diferencia percibida por una persona entre sus necesidades (a nivel fisiológico), deseos (a nivel emocional), y sueños (a nivel mental y espiritual)” (17), teniendo en cuenta que ésta se encuentra dentro de un contexto socioeconómico. Más tarde a partir de los ochenta, aparece el término de ‘bienestar subjetivo’ (14). Se puede entender el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida en la vejez, como criterios de un envejecimiento exitoso (9). Por lo tanto, al ser un término subjetivo, gozar de un envejecimiento con éxito no se limita a las personas que están libres de patologías.

Actualmente, es de interés el concepto de ‘envejecimiento activo’, que la OMS define como “el proceso de optimización de la oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (14,15).

Después de este recorrido histórico sobre cómo se ha ido planteando la CdV o términos relacionados, se puede apreciar que es un término que abarca muchas dimensiones si se aplica un enfoque holístico de la persona. Por su naturaleza subjetiva, es difícil de definir y medir (10,12). Numerosos instrumentos han sido desarrollados para medir las dimensiones únicas o múltiples de la calidad de vida, pero pocos se han adaptado o validado en los ancianos (12).

En 2002, un estudio presentaba un inventario de 126 instrumentos utilizados para cuantificar la CdV en adultos, adolescentes y niños, pero entre ellos, no aparece ninguno adaptado para los ancianos (10).

### **3.1 Calidad de vida relacionada con la salud física**

Entre las dimensiones o componentes de la CdV, la salud objetiva y subjetiva han recibido especial atención (6,18). El término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), conceptualiza los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los acontecimientos que una persona puede padecer, como consecuencia de una enfermedad o tratamiento, aunque éste no tiene en cuenta los aspectos que no están relacionados con la salud, como puede ser el medio ambiente (10).

La vejez es el periodo de la vida en que las pérdidas a nivel físico comienzan a pesar más que las ganancias, dado que los problemas más comunes asociados al envejecimiento, son consecuencia de la disminución de las funciones fisiológicas. Aunque el ritmo de envejecimiento varía en cada individuo debido a factores genéticos, ambientales, conductuales y estilo de vida, el cuerpo se vuelve más susceptible a las enfermedades relacionadas con la edad (17,19), siendo la mayoría de éstas, enfermedades crónicas (9).

El impacto de las enfermedades crónicas en la población anciana es uno de los principales determinantes de la percepción de salud, así como las limitaciones funcionales que éstas producen, interfiriendo en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (6,12,20,21).

En un estudio realizado en España sobre el impacto y la multimorbilidad en discapacidades sobre la CdV, recoge el resultado de varios artículos que al analizar el impacto de las enfermedades crónicas, se relaciona la baja CdV con tasas más altas de discapacidad en personas con enfermedades crónicas, tales como la artritis, la diabetes o el asma entre otras. Además, el hecho de padecer dos o más enfermedades crónicas simultáneamente influye negativamente en la percepción de CdV (20,22).

No obstante, en un estudio realizado en California (EEUU), sobre 56 participantes mayores de 55 años que padecían algún tipo de discapacidad, y como mínimo tenían dos deficiencias en la realización de las AVD o AIVD, apuntaban los autores que “la mayoría de ellos aún sentían que habían envejecido con éxito”. Los participantes se replanteaban su situación personal, identificando la discapacidad relacionada con la edad como algo natural y por ello, se adaptaban a las circunstancias (23).

Por tanto, podemos concluir que la CVRS forma una parte importante en la percepción de CdV. No obstante no se puede afirmar que todo aquel que padece de enfermedades perciba ésta negativamente.

A continuación se pasará a analizar otros factores que también influyen en la percepción de la CdV en los ancianos.

### **3.2 Calidad de vida relacionada con la salud mental**

Junto con los cambios físicos que la persona experimenta con la edad, puede aparecer paralelamente deterioro a nivel cognitivo. Los trastornos mentales que son frecuentes en la vejez, se han llegado a considerar de mayor relevancia en cuanto a la percepción de CdV frente a los desajustes físicos, incluyéndolos como tema prioritario de actuación (9,24,25).

A medida que avanza la edad, la persona pierde recursos y roles, teniendo que hacer frente a cambios importantes en diferentes dominios de su vida. Por este motivo, la persona debe reevaluar constantemente sus propias capacidades, lo que constituye un proceso necesario y saludable. Sin embargo, percibirse uno mismo como ineficaz, hace que la persona mayor se vuelva más vulnerable al estrés y a la depresión (6,26).

En el estudio realizado por Garin y colaboradores (22), identifica la depresión, la ansiedad y los accidentes cerebrovasculares, como las condiciones que producen más impacto negativo en la CdV.

En otro estudio en el que la muestra fue categorizada como “*oldest old*”, un poco más de la mitad (144 personas en total) padecía deterioro cognitivo leve, demencia o demencia asociada a accidente cerebrovascular y Parkinson. El resto se encontraba cognitivamente

normal. Para evaluar la CdV en general, se pidió a los participantes y a sus cuidadores rellenar un cuestionario (Evaluación Analógica Lineal), en el que se reflejan diferentes dimensiones de la persona: el bienestar físico, el estado emocional, la fe, la participación religiosa, el estado intelectual, las interacciones sociales, la frecuencia e intensidad del dolor y la capacidad de afrontamiento. Cada elemento debía ser valorado en una escala del 0 al 10 en el que 0 es “muy malo” y el 10 es “excelente”.

En general, se obtuvieron puntuaciones relativamente altas independientemente del funcionamiento cognitivo (rango de 6,0 a 8,3 sobre 10) en los cuestionarios rellenados por los propios pacientes. Sin embargo, las diferencias en la CdV en general, eran estadísticamente significativas ante alteraciones a nivel cognitivo, cuando eran calificadas por los cuidadores.

Paralelamente a los cuestionarios de CdV, los participantes también rellenaron una escala de Depresión (*Geriatric Depression Scale*), en la que las personas que obtuvieron puntuaciones bajas en la misma (es decir, no depresión) se asocian a una mayor puntuación en el cuestionario sobre CdV (12).

Por tanto, podemos concluir que la depresión en los ancianos es un factor que tiene un gran impacto negativo en la percepción de CdV, independientemente de cómo se encuentra la persona a nivel físico o mental.

### **3.3 Calidad de vida relacionada con el ámbito social**

La actividad, la participación social, la colaboración en actividades y desempeño productivo, así como el apoyo social y las redes sociales, son considerados también, una parte muy influyente en una mayor percepción en el grado de satisfacción con la vida (6,9,15,27), y por tanto, con la CdV.

En un estudio realizado en España, evaluó la percepción de CdV en 64 mujeres mayores de 65 años, que gozaban de un envejecimiento activo a través de actividades socioeducativas en los centros sociales. En cuanto a la percepción de su propia vejez, los resultados reflejaron una autopercepción positiva, con una buena valoración de su proceso de envejecimiento.

Concluyen que la participación en actividades socioeducativas en los centros, repercute positivamente a nivel individual, mejorando su autoestima, así como una mejora en la disposición a la hora de realizar las actividades del día a día y día, ya sea a nivel familiar, mejorando la manera de relacionarse con los miembros de la familia, o a nivel social, buscando el apoyo entre iguales, sentimiento de integración social y la posibilidad de ampliar su círculo de relaciones (14).

En la misma línea, otro estudio también realizado en España, se seleccionaron aleatoriamente 106 personas mayores de 60 años independientes para todas las AVD/AIVD, y que participaban en una o varias actividades que fomentan el envejecimiento activo. A la vista de los resultados tras analizar los cuestionarios sobre CdV percibida (SF-36), afirman que aquellas personas que participan en programas de envejecimiento activo, gozan de un envejecimiento exitoso (15).

En otro estudio en el que se comparó la importancia de los diferentes aspectos de la CdV a través de diversas culturas (22 países del mundo), y una muestra de 7.401 personas, reportan resultados en los que muchos de los aspectos físicos de la CdV tales como: la energía, la ausencia de dolor, capacidad para llevar a cabo las AVD y la capacidad de moverse, son especialmente importantes indistintamente del país de procedencia. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo, se vio incrementada la importancia de contar con el apoyo de los demás, tener suficientes recursos financieros para satisfacer sus necesidades, y obtener la atención social adecuada (28).

Si bien es cierto, tal y como apuntan Velasco y colaboradores (11), la compañía y la sensación de ser útil son factores que también se deben tener en cuenta. En muchas ocasiones, ambas situaciones se cubren para el anciano que tiene a cargo el cuidado de sus nietos. Aparentemente, la percepción de CdV de los abuelos que cuidan de sus nietos es ambigua. Por un lado, existen estudios que señalan efectos positivos como amor, ayuda a los demás, sentimiento de utilidad, aumento de la autoestima, felicidad, autorrealización, etc. Por otro lado, se han detectado aumentos en los niveles de estrés y ansiedad así como una declinación más rápida en la salud, sentimientos de aislamiento, obligación y responsabilidad. Este efecto se relaciona con: las causas por las que se cuida, el número de horas dedicadas al cuidado

(cuando son muy elevadas), percibirlo como una obligación y la falta de reconocimiento por parte de los hijos. Además, este fenómeno puede constituir una carga a nivel económico, que podría mermar los recursos del abuelo.

### **3.4 Calidad de vida relacionada con el ámbito económico**

Los recursos económicos influyen en los comportamientos sociales y en la CdV de la población, especialmente en las personas mayores, pues están relacionados con la capacidad del individuo para proveer sus necesidades básicas. En estudios sobre la población anciana ponen de manifiesto una relación directa entre cantidad de recursos (como medida objetiva) y CdV (29).

En un estudio realizado en España, concretamente en Madrid en el año 2005, se seleccionó una muestra de 959.993 personas mayores de 65 años. Los participantes rellenaron un cuestionario semi-estructurado con preguntas de carácter objetivo y subjetivo de varias dimensiones de la CdV como la salud, red familiar, red social, actividades de ocio, entorno residencial, recursos económicos, etc. En los resultados la dimensión “situación económica”, ocupó el tercer lugar de entre los cinco dominios de vida más mencionados: salud, red familiar, situación económica, red social y ocio y tiempo libre. No obstante, el nivel de satisfacción de las dimensiones anteriormente descrita, en un escala de 0 a 100, la situación económica obtuvo un valor de 60, quedando detrás de la red familiar (valor de 77), la salud (valor de 71) y la red social (valor de 66), muy cerca del nivel de satisfacción en cuanto al ocio y tiempo libre (valor de 59) (30).

### **3.5 Calidad de vida relacionada con la espiritualidad**

Por último y no por ello menos importante, se ha detectado la relación que existe entre la CdV y la espiritualidad. Esta dimensión ha sido descrita como “el cuarto pilar del envejecimiento con éxito o como el factor olvidado en el paradigma del envejecimiento con éxito”. En la literatura, se asocia a conceptos tales como el sentido de la vida, relaciones, trascendencia y prácticas religiosas (6,9).

En un estudio realizado en España con una muestra de 224 personas de edades entre 60 y 102 años, utilizaron 5 instrumentos de medida: subescala de medición del bienestar espiritual (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*), las AIVD (Lawton y Brody), la Escala Disposicional de Esperanza, la Escala de Satisfacción con la Vida y Escala de Salud Percibida, con el fin de valorar los efectos de la espiritualidad, la esperanza y la dependencia sobre la salud y la satisfacción vital de las personas mayores.

Concluyeron que las dimensiones de la espiritualidad cumplen una función protectora en relación a la satisfacción con la vida. De la misma manera, una buena espiritualidad la relacionan con efectos positivos sobre la salud percibida, ya que parecen relacionarse con conductas más saludables (6).

En otro estudio que se realizó en una comunidad al suroeste de Alaska, con una participación de 26 personas entre 61 y 93 años, se entrevistó a los ancianos para tener una idea sobre cómo entendían el hecho de envejecer con éxito. En los resultados del análisis de las entrevistas, se identificaron cuatro elementos, cada uno de los cuales destacó aspectos importantes para un envejecimiento con éxito: el bienestar emocional, la participación en la comunidad, la espiritualidad y la salud física (16).

## 4. METODOLOGIA

Para alcanzar los objetivos planteados anteriormente, se ha visto conveniente la realización de una revisión de la literatura sobre la percepción de CdV en la vejez y un estudio piloto transversal descriptivo por medio del análisis de 100 entrevistas realizadas a ancianos acerca de su percepción de la vejez.

### 4.1 Estrategia de búsqueda

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica avanzada, se ha diseñado una estrategia de búsqueda para utilizar en las bases de datos Pubmed, Dialnet, Cinahl y Cuiden.

La selección de las palabras clave se ha realizado mediante la división en tres grupos de sinónimos sobre calidad de vida, percepción y vejez combinándolas con los operadores booleanos de la siguiente manera.

**Tabla 1. Estrategia de búsqueda**

Nº búsqueda	Palabras clave
#1	<i>Quality of life</i>
#2	<i>Well-being</i>
#3	#1 OR #2
#4	<i>Self-perception</i>
#5	<i>Understanding</i>
#6	<i>Thinking</i>
#7	<i>Lived experience</i>
#8	#4 OR #5 OR #6 OR #7
#9	<i>Aging</i>
#10	<i>Senescence</i>
#11	<i>Old people</i>

#12	<i>Senior</i>
#13	<i>Elderly</i>
#14	<i>Old age</i>
#15	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
#16	#3 AND #8 AND #15

Para la selección de artículos, se determinaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

**Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión**

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Estudios de investigación o revisiones sistemáticas de la literatura	No acceso al texto completo
Que traten sobre la percepción de la calidad de vida	Estudios de la percepción de la calidad de vida centrados en patologías muy concretas
Edad: mayores de 65 años	Estudios que traten sobre la percepción de la calidad de vida bajo el punto de vista de cuidador/profesional
Publicados en los últimos 10 años (2006)	Publicados en otros idiomas distintos al inglés y castellano

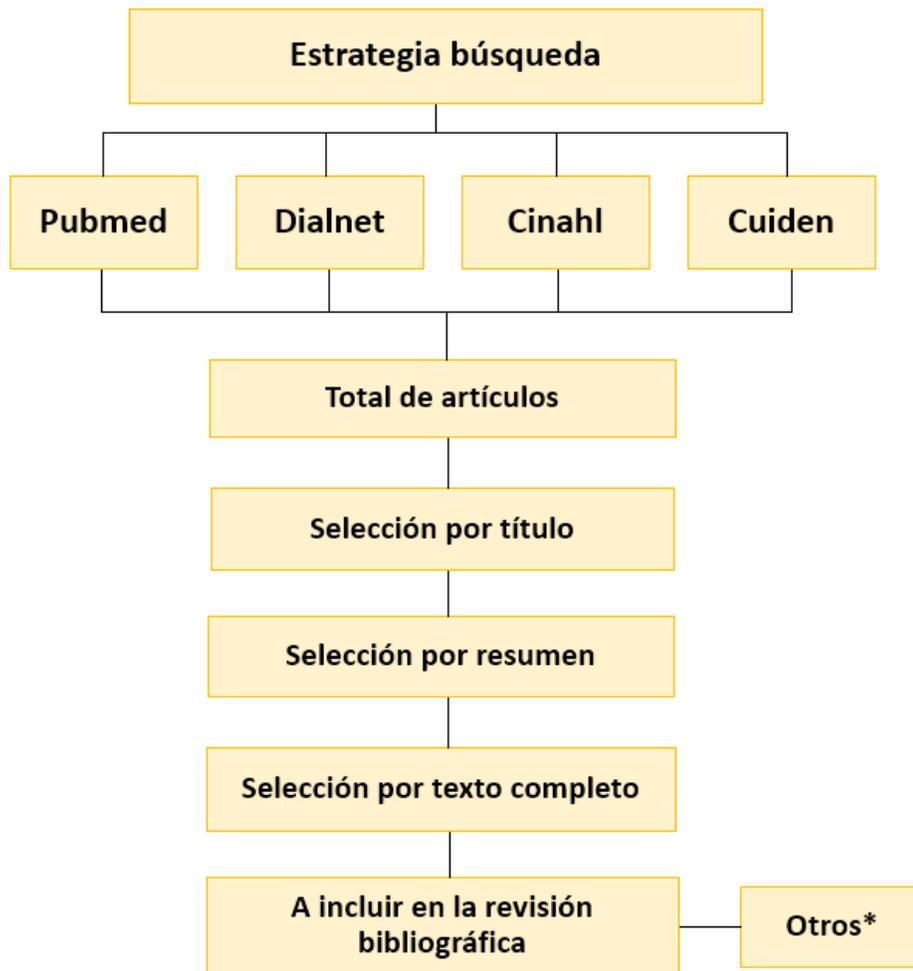
Para afinar la búsqueda, se utilizaron los filtros disponibles en las bases de datos:

- Personas mayores de 65 años
- Disponibilidad al texto completo
- Idioma inglés o castellano
- Publicados en los últimos 10 años

-Palabras clave que aparezcan en el título o en el *abstract*

La selección de los artículos se hizo a través de la lectura del título, del resumen y el texto completo, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión comentados anteriormente. En la Figura 1 queda reflejado el proceso de selección de los artículos seguido.

**Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de artículos**



\*Búsqueda manual y referencias de artículos seleccionados

#### 4.2 Análisis de las entrevistas

Las entrevistas obtenidas para llevar a cabo el análisis, fueron realizadas por alumnos de tercero de Enfermería de la UIC para un proyecto dentro de la asignatura *Gent Gran*. Para

ello, se facilitó un guion para la realización de las entrevistas que, a decisión del alumno, podía ser modificado. En este guion se incluía la pregunta sobre cómo considera que es su CdV. También se recomendaba preguntar sobre otros temas, que pueden influir en su calidad de vida como es la percepción de su propia salud, la realización de actividades de ocio, las relaciones sociales, entre otros. (Ver anexo 2)

Para la realización del análisis cuantitativo de las transcripciones mencionadas, se ha creado una base de datos Excel donde se han volcado los datos obtenidos en las entrevistas, codificándolos para mantener el anonimato.

Los criterios de inclusión para el análisis de las entrevistas han sido: la participación de personas mayores de 65 años, que hayan entregado el consentimiento informado debidamente rellenado y que en algún momento de la entrevista, quede reflejado cómo perciben su CdV. La mayoría de las entrevistas recogen este dato formulando la pregunta ¿cómo diría que es su calidad de vida?, dejando lugar a que el sujeto relacione el concepto con lo que considerase oportuno.

Para el análisis cualitativo de los *verbatim*s que contestan la pregunta sobre cómo perciben su CdV, se ha utilizado el programa informático Weft QDA versión 1.0.1, que ha ayudado a identificar unidades de significado, relacionarlas entre ellas, y elaborar un esquema con los temas principales, dividiéndolos en subtemas y categorías.

### **4.3 Consideraciones éticas**

En 2014 se solicitó y se obtuvo la aprobación del *Comitè d'Ètica de Recerca* (CER) de la UIC para el estudio sobre la percepción y vivencia de ser anciano, para la realización y análisis de entrevistas a personas mayores (Ver anexo 3). En el presente trabajo, se analiza una parte de dichas entrevistas en las que se trata la percepción de CdV en la vejez. Es un subproyecto del proyecto mencionado.

Se consideró conveniente que el CER revisara y aprobara la solicitud para dicho estudio, dado que conlleva al análisis de entrevistas cuyos temas son propias experiencias e información personal de los ancianos.

Por cada entrevista, se obtuvo un Consentimiento Informado por escrito, en el que quedaba reflejado el anonimato del participante así como el uso de los datos obtenidos con fines docentes y de investigación. (Ver Anexo 4)

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, bajo llave. Sólo el tutor ha tenido acceso a los documentos de consentimiento informado, donde también constan los códigos.

En las transcripciones de las entrevistas 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 ha mantenido en todo momento la confidencialidad y el anonimato.

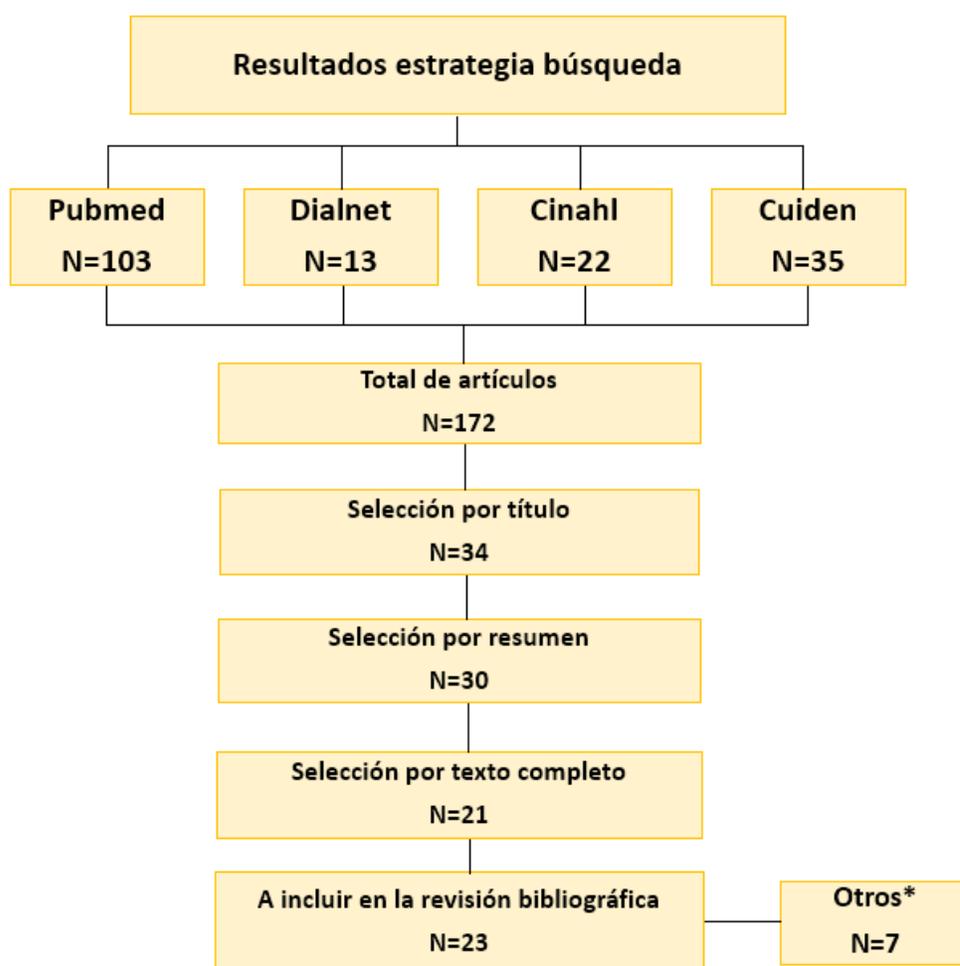
Para evitar el plagio de los textos utilizados, se ha referenciado la bibliografía consultada y analizada. Además, en el presente trabajo no existe ningún conflicto de intereses.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Resultado de la estrategia de búsqueda

En la búsqueda bibliográfica realizada en Pubmed, Dialnet, Cinahl y Cuiden, tras el proceso de selección y excluir los duplicados, se obtuvo un resultado total de 23 artículos. Además, se incluyeron algunos artículos resultado de búsquedas manuales, o de referencias citadas en los artículos seleccionados. En la Figura 2 queda reflejado el número de artículos seleccionados durante el proceso de búsqueda.

**Figura 2. Resultados del proceso de búsqueda y selección de artículos**



\*Búsqueda manual y referencias de artículos seleccionados

Para la organización de los artículos seleccionados por texto completo, se ha establecido un código asignado para cada artículo en relación al título y al número otorgado en la estrategia de búsqueda. Posteriormente, se ha creado una tabla resumen de los artículos encontrados para llevar a cabo el análisis, no sistemático, del contenido de los artículos que se ha presentado en el Marco teórico (Pág. 2 y siguientes)

## 5.2 Resultado del análisis cuantitativo de las entrevistas

El número total de entrevistas a analizar, tras el proceso de selección mediante los criterios de inclusión, han sido 100 de las cuales 30 eran de hombres y 70 de mujeres. La edad comprendida de los participantes oscila entre 66 y 97 años, siendo la media de edad de 80,2 años. En la siguiente tabla se exponen los datos sociodemográficos de la muestra estudiada. La mayoría de los entrevistados son viudos o casados y el rango de edad más prevalente en la muestra es de 76 a 85 años.

**Tabla 3. Datos sociodemográficos de la muestra**

<b>Características</b>	<b>n=100</b>
<b>Sexo</b>	
Hombre	30 %
Mujer	70 %
<b>Edad</b>	
66-75 años	24 %
76-85 años	56 %
86-95 años	18 %
>96 años	2 %
<b>Estado civil</b>	
Casados	37 %
Viudos	47 %
Solteros	7 %
Separados ó divorciados	4 %
No especifica	5 %

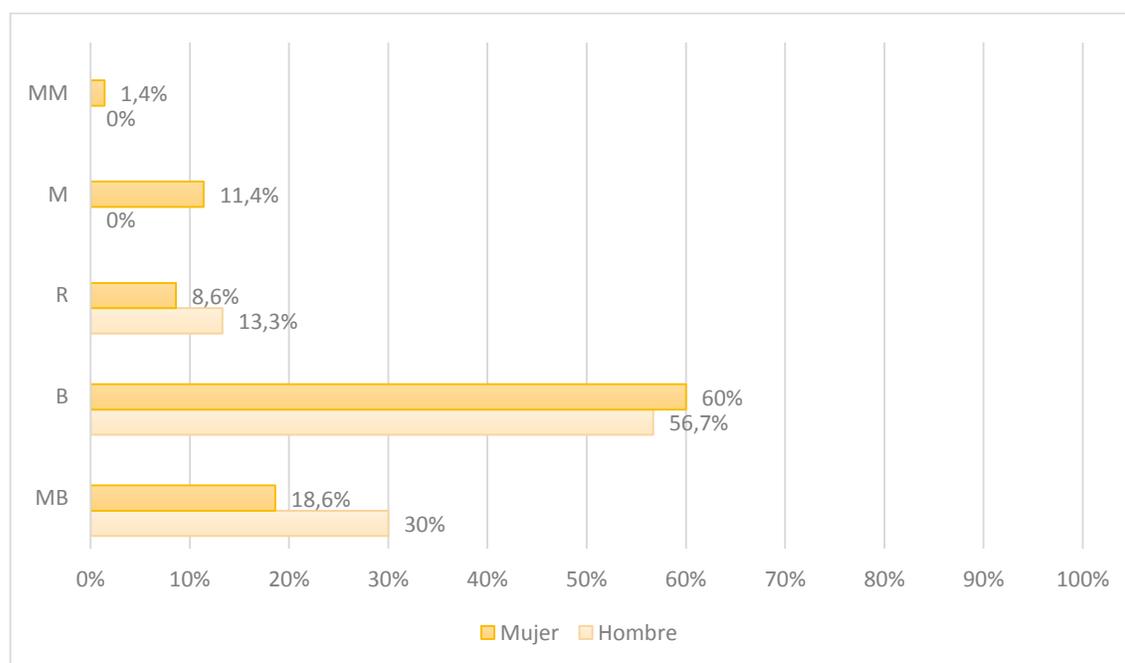
En cuanto a la calidad de vida autopercebida por los ancianos estudiados, se le ha dado un valor numérico en relación a la respuesta obtenida a la pregunta ¿cómo diría que es su calidad de vida? Siendo éste: 5- Muy buena (MB), 4- Buena (B), 3- Regular (R), 2- Mala (M), 3- Muy mala (MM). Se puede apreciar que la mayor parte de la muestra (59%) percibe su CdV como buena. En la siguiente tabla se expresan los datos obtenidos.

**Tabla 4. Calidad de vida autopercebida**

	MB	B	R	M	MM
Calidad de vida	22	59	10	8	1

En las diferencias sobre la percepción de CdV en cuanto al sexo, se puede observar que ningún hombre refiere percibir su CdV como mala o muy mala frente el 12,8% de las mujeres que así la perciben. No es un dato concluyente puesto que las diferencias de sexo en el total de la muestra no son equitativas, y la muestra todavía es pequeña para hacer esta estimación.

**Figura 3. Relación entre percepción de CdV y sexo**



### 5.3 Resultado del análisis cualitativo de los *verbatim*s

A lo largo de todo el conjunto de datos, se han identificado 5 temas principales relacionados con la CdV: salud a nivel físico, salud mental, ámbito social, económico, espiritualidad. Dentro de éstos, se han hallado subtemas que se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 5. Temas y subtemas relacionados con la CdV**

TEMA	SUBTEMA
CdV y Salud física	Problemas de salud Edad Autonomía y dependencia Dolor Energía Actividad
CdV y Salud Mental	Autoestima Tristeza
CdV y Ámbito Social	Familia Sentirse querido y cuidado Vivir solo Tiempo libre Responsabilidad Fruto del trabajo Entorno
CdV y Ámbito Económico	Pensión
CdV y Espiritualidad	Agradecimiento Trascendencia

#### Cdv y Salud física

En el contexto de CdV, la salud como término general, fue mencionada alrededor del 25% de la muestra en total. Algunas personas la refirieron como “lo más importante” para su CdV

o la relacionaron directamente con su estado de salud, tal y como se refleja en estos fragmentos de diferentes entrevistas:

- *Yo diría que excelente (...) tengo buena salud, que eso es lo más importante. (2013-008)*
- *Tengo salud que para mí es lo más importante. (2013-028)*
- *Regular debido a las enfermedades que tengo. (2014-035)*
- *Actualmente me siento bien de salud y tengo una calidad de vida bastante buena. (2014-076)*

Por otro lado, los ancianos relacionaron la CdV según la gravedad o situación de los problemas de salud, que referían tener en ese momento:

- *Buena. (...) además, mis problemas de salud están controlados. (2013-015)*
- *La verdad es que bien, no tengo nada serio de salud. (2013-037)*
- *Pues ahora mismo buena. Estoy recuperándome poco a poco de mis problemas de salud. (2014-051)*

La edad, también fue mencionada para describir su CdV. Da la sensación que los ancianos tienden a comparar cómo están los demás, con la edad que tienen ellos o cómo están ellos en base a cómo creen que están los demás con su misma edad, para determinar si su CdV es buena o no.

- *Con la edad que tengo y en las condiciones que vivo no me puedo quejar (2013-010)*
- *No me puedo quejar de nada para la edad que tengo (2014-011)*
- *Por la edad que tengo, muy buena. (2014-078)*
- *Per l'edat que tinc no està malament, no està malament... (2014-019)*

De acuerdo con Botero y Pico (2007) (9), se puede interpretar la CVRS como un proceso dinámico que va cambiando en relación a las interacciones que provocan las patologías y su evolución, la personalidad del paciente y la etapa de la vida en la que aparecen las enfermedades.

Vinculado a las interacciones que provocan las patologías, la autonomía para la realización de las AVD y AIVD o para hacer otro tipo de actividades fue un tema muy mencionado por los sujetos estudiados, y por lo general se relaciona con una buena o muy buena percepción de CdV.

- *Buena, me valgo por mí misma. (2013-011)*
- *(...) pero al ver que la mayoría de cosas puedo hacerlas por mí misma, me siento más joven. (2013-013)*
- *Excel.lent. (...) Mentre no depengui de ningú... el millor és ser autònoma, el dia que hagi de dependre d'algú em canviaran moltes coses. (2014-010)*
- *Buena y aceptable. Me considero una persona totalmente autónoma y capaz de gestionarme a mí misma, pienso que eso es muy importante. (2014-029)*

Sin embargo, cuando ocurre lo contrario y la persona está limitada para realizar actividades, se observa menos satisfacción en la CdV:

- *Muy mala, por ejemplo, no puedo salir y caminar. Sólo dentro de casa y con el taca-taca. (2014-038)*
- *No gaire bona. Casi bé no em puc moure i no puc fer el que vull. (2014-066)*
- *Me siento un poco mal; tengo la movilidad reducida. Pasé de hacer todas las tareas de la casa para mis hijos y nietos a depender de ellos. (2013-036)*

Aun así, una persona refirió estar limitada en cuanto a movilidad pero finalmente se intuye una buena CdV:

- *Muy limitada en cuanto a desplazamiento y movilidad... pero por lo demás me siento muy bien... alguna vez me da un "jamacuco" pero soy feliz y disfruto de la vida. (2014-057)*

En cuanto al dolor percibido y su relación con la CdV, se han encontrado diferentes vertientes. En algunos casos el dolor fue determinante para considerar su Cdv como regular o mala:

- *Pues mala, me duele todo. (2014-056)*

- *Como he dicho antes, mala. Me duele todo el cuerpo y no me siento bien. (2014-007)*

No obstante, algunas personas que consideraron el dolor cuando describieron su CdV, no lo refirieron como aspecto único para valorar su CdV:

- *De momento tenemos calidad de vida, hombre padezco dolor de espalda, pero bueno por todo lo otro vivo muy bien (2013-002)*
- *Sa meva qualitat de vida és bona. Tenc mal, però visc com una reina (2014-026)*

De acuerdo con Garin et al. (2014) (22), el impacto que suponen convivir con una enfermedad que a su vez, incapacita de algún modo a la persona para realizar actividades del día a día, interfiere negativamente en la autoevaluación de la CdV, aunque sin duda, no es el único elemento que la determina.

La actividad que realizan los ancianos también forma parte de la percepción de su CdV. Se ha visto una fuerte relación entre poder realizar diversas actividades y su percepción positiva de CdV:

- *Me siento muy bien, activa. (2013-035)*
- *Buena, con lo que me muevo y todo muy buena. (2014-048)*
- *Yo diría que excelente, sin demasiadas preocupaciones pero a la vez sin parar ni un momento. (2013-008)*

Aunque en ocasiones, los sujetos reportaron la falta de energía que padecían, pudiendo interferir a la hora de realizar actividades, aun así, su CdV no se ve francamente afectada:

- *Tengo las ganas de hacer las cosas pero mi cuerpo no me funciona como yo quisiera; las enfermedades que padezco tampoco me impiden hacer vida normal (2013-038)*
- *Creo que es buena, ya empiezo a notar que no tengo la misma facilidad que cuando tenía 30 años, pero creo que para la edad que tengo me conservo muy bien y puedo hacer muchas cosas. (2014-011)*
- *Pues yo diría que es buena, a pesar de algunos inconvenientes, (...), de la falta de fuerzas... (2014-012)*

### CdV y Salud mental

A diferencia de la literatura consultada (16,23,24), el constructo salud mental no fue prácticamente mencionado por los individuos de la muestra. Sólo en una ocasión una persona lo mencionó como “lo importante” cuando valoró su CdV, aunque se puede apreciar la relevancia que le da a la salud física al mismo nivel:

- *Hombre, ni buena ni mala. Si caminara bien y tuviera mejor la vista sería buena porque podría hacer muchas más cosas que antes hacía. Mala tampoco. Lo importante es que la cabeza la tengo bien. (2014-030)*

En otro caso distinto, un sujeto parece hacer referencia a la autoestima para referirse a su CdV:

- *Hoy en día, me siento bien conmigo mismo y con lo que me rodea. (2013-018)*

Por otro lado, a una participante cuando se le preguntó por su CdV, expuso tristeza a consecuencia de padecer problemas a nivel de salud física:

- *Estoy triste y cansada; me he caído muchas veces (2013-032)*

### CdV y Ámbito social

Como se puede apreciar en la Tabla 5 anteriormente expuesta (pág. 17), la CdV relacionada con el contexto social es el tema que contiene más subtemas y que por tanto, ha sido muy mencionado por los participantes.

La familia ha sido el subtema más relevante. Por un lado, algunos participantes refirieron tener una familia unida y cercana como motivo/s de su percepción satisfactoria sobre su CdV, tal y como se puede ver a continuación:

- *Buena. No me quejo. Rodeada de mis hijos, nietas, hermanos...pues estamos todos muy unidos y cercanos. Para mí eso es calidad de vida, tener a los tuyos cerca. (2014-009)*
- *Buena, (sonríe) tengo salud, una familia unida, unos nietos preciosos (2013-004)*

- *Pues ahora mismo diría que mi calidad de vida es muy buena, no puedo quejarme. Me encuentro bien, tengo a las personas que quiero a mi alrededor y no podría pedir más. (2014-062)*

Por otro lado, el hecho de sentirse querido y cuidado por parte de la familia parece ejercer una función protectora para considerar la CdV satisfactoriamente:

- *Yo diría que buena, feliz de poder disfrutar de mis nietas y bisnietas, y contenta de que la familia me podáis cuidar como lo hacéis (...) (2014-073)*
- *Es buena y tranquila y con una familia que me quiere (2014-065)*

Teniendo en cuenta que más de la mitad de la muestra estaba viudo, soltero o separado, se puede interpretar que probablemente muchos de ellos vivían solos, y a consecuencia de ello puedan sentir soledad en algún momento, pudiendo interferir en su percepción de CdV.

Es curioso porque la soledad no fue mencionada cuando se preguntó por la CdV. Si se analizara más a fondo las demás cuestiones tratadas a lo largo de las entrevistas, es posible que se encontraran sentimientos de soledad y asociados. Aun así no se ha visto relación entre mala percepción de CdV, en las dos personas que verbalizaron vivir solas:

- *No tengo necesidades y vivo sola y muy tranquila (2013-025)*
- *He trabajado toda la vida, vivo sola en casa y hago vida normal (2013-026)*

En otra línea la vejez por lo general, se asocia al momento de la vida en el que la persona se encuentra libre de responsabilidad a nivel laboral; a partir de la jubilación, el individuo pasa a disponer de más horas 'libres' al día. Es un cambio importante que para algunas personas, les es de difícil adaptación y otras lo viven como una oportunidad para hacer todo aquello que por falta de tiempo, no han podido realizar. Todo ello, puede afectar en mayor o menor grado a la CdV de las personas ancianas. En la muestra estudiada sólo una persona ha hecho alusión al tiempo libre en lo que respecta a la CdV percibida:

- *Buena. No tengo grandes obligaciones y distribuyo mi tiempo como me place (...) (2013-015)*

Sin embargo, cuando los ancianos no disponen de tiempo libre porque tienen otras responsabilidades, la percepción de CdV cambia:

- *Tener al cuidado una persona, no puedes ir a ningún lado, no puedes tener vida (2013-027)*
- *No es buena, pero los sentimientos hacia A son cumplir con él, porque me sale del corazón (2014-049)*
- *Ni muy bien ni muy mal porque uno se ve con más edad y ya no se ve tan dispuesta. Además tengo los mismo cargos que hace 40 años y una no tiene la misma fuerza (...) (2014-068)*

Por otro lado, se ha identificado otro subtema común en las respuestas de algunos participantes, relacionados con la dimensión del ámbito social y su CdV. Da la sensación que algunas personas relacionaban su CdV, con el fruto que habían recogido después de toda una vida trabajando:

- *Tota la vida he treballat molt dur per poder tirar endavant i per l'edat en la que em trobo em sento sana i forta (...) (2014-067)*
- *Creo que mi calidad de vida es buena, he trabajado duro durante mi vida y ahora estoy satisfecho con lo que tengo. (2014-074)*
- *Sa meva qualitat de vida és bona. Tenc mal, però visc com una reina perquè m'ho he guanyat i ho he suat (2014-026)*

La valoración del entorno como complemento para percibir, en este caso, una CdV buena fue mencionada por dos personas:

- *Muy buena porque las posibilidades que ofrece un pueblo pequeño para vivir a las personas mayores son muchas. El poder caminar, las relaciones son fáciles de establecer (...) (2013-019)*
- *Bueno, el entorno sobresaliente, muy bien, muy bien. Y a nivel de salud ya no. (2014-005)*

Al contrario de la bibliografía consultada (6,9,27), los participantes no hicieron demasiada alusión en cuanto a la participación a nivel social, o las relaciones sociales fuera del ámbito familiar asociado a su CdV.

### CdV y Ámbito económico

Tal y como se ha hallado en la literatura (29,30), el ámbito económico también forma parte de las dimensiones de la CdV mencionadas por los sujetos. Por un lado, parece que el hecho de cobrar una pensión por la jubilación, hace que la persona pueda cubrir sus necesidades y por lo tanto, se relaciona con buena CdV:

- *Buena (...) y por ahora aún me pagan la jubilación. (2013-004)*
- *Creo que tengo una buena calidad de vida porque gracias a Dios tenemos una ayuda de la jubilación con la que vamos tirando y podemos ir saliendo del paso. (2013-007)*
- *Bé, doncs la meva qualitat de vida realment en aquest moment...(pensa)...per l'edat que tinc no està malament (...) Estic cuidada, tinc per poder fer-me cuidar (...) (2014-019)*

Otra visión acerca de la economía y su relación con la CdV es la que aportó un participante:

- *Tengo buena calidad de vida ya que puedo compararla con la que ha tenido anteriormente, como ya sabes, yo tuve una infancia muy pobre allí en el pueblo, donde solo había campo y no teníamos casi nada para poder hacer ni divertirnos. Fui una persona de trabajar mucho y tener siempre muy poco (2014-022)*

Se puede leer entre líneas que a pesar de no tener un alto nivel económico, en comparación a la CdV que tuvo en un pasado, se conforma con lo que tiene y de hecho lo valora positivamente.

### CdV y Espiritualidad

Por último, la espiritualidad también ha estado presente en la percepción de CdV de algunos ancianos. En varias ocasiones, algunos participantes cuando hablaban de su positiva

percepción de CdV, ponían de manifiesto su espiritualidad agradeciéndoselo a Dios tal y como se muestra en los siguientes fragmentos:

- *Gracias a Dios tengo buena salud y tengo muy buena calidad de vida (...) (2014-041)*
- *Buena calidad de vida gracias a Dios. (2014-047)*
- *Perfecta. No me puedo quejar de nada, sería un pecado (risas) (2014-004)*
- *Yo por un lado estoy bien, estoy contenta porque hago lo que quiero, me muevo bien en casa con el tacatá, voy a mi aire, salgo al balcón, veo la tele y rezo mucho de noche y de día también y agradecida a Dios. (2014-027)*

En el último *verbatim*, se puede apreciar que la persona tiene una cierta discapacidad, dado que se tiene que mover por casa con ayuda de un dispositivo, pero aun así, refiere sentirse bien y contenta. En este caso, podría verse reflejada la función protectora que ejerce la espiritualidad sobre la CdV indicada en el estudio de Oliver y colaboradores (6).

Sin embargo, en el caso de otra persona que refirió estar más limitada físicamente, también hizo alusión a su espiritualidad pero de otro modo:

- *No gaire bona. Casi bé no em puc moure i no puc fer el que vull. No tinc il·lusió per les coses, a vegades em pregunto què hi faig aquí. Jo ja li dic a Déu que es recordi de mi, jo jaestic a punt, amb una condició; vull anar al cel (2014-066)*

Se entiende que su CdV no es buena debido a su incapacidad para realizar AVD y eso puede que le conlleve a no sentir ilusión por la vida. Parece que llegados a este punto, la persona se plantea ciertos temas trascendentales, dejando entre ver que es algo que ha sido pensado mentalmente en varias ocasiones.

La vejez es el último periodo de la vida en el cual, es muy característico experimentar una mayor proximidad del final de ésta. Por lo tanto, es frecuente que los ancianos se planteen el tema de la trascendencia en esta etapa, donde ya ven un final más cercano (31).

## **6. LIMITACIONES**

Es necesario considerar las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, la bibliografía hallada tras establecer la estrategia de búsqueda comentada en el apartado de Metodología (Pág. 9), por lo general trataba la CdV, el bienestar subjetivo y el envejecimiento con éxito relacionado con un ámbito específico en la vida de la persona. Sin embargo, en el análisis cualitativo de los *verbatim*s, eran las respuestas libres que los participantes contestaron al preguntar por su CdV en término general. Por lo tanto, la comparación en los resultados puede estar sesgada, pues si en la entrevistas se hubiese plantado la CdV en base algún tema en concreto, probablemente las respuestas hubiesen sido distintas. Además, era una pregunta junto a otras muchas, y no entrevistas en profundidad sobre la percepción de la CdV en la vejez.

En segundo lugar, el tamaño de la muestra es pequeño. El tiempo para la realización del estudio es limitado. Es por ello que no se han podido analizar más entrevistas. No obstante, tal y como se ha comentado con anterioridad, este estudio no pretende ser definitivo, sino un estudio piloto para futuros trabajos de investigación, pues los resultados obtenidos son interesantes para conocer un poco más acerca de la percepción de la CdV en la vejez.

## **7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este trabajo, se considera importante tener en cuenta en la práctica clínica, especialmente en el ámbito de la gerontología, los siguientes aspectos:

- Mantener una escucha activa y reevaluar asiduamente las necesidades de los ancianos, con especial atención a los cambios que se van produciendo por la vejez. La CdV es fluctuante y a razón de las modificaciones que se producen en la vida de los ancianos, puede verse alterada.

- Proporcionar unos cuidados desde un enfoque biopsicosocial-espiritual, teniendo en cuenta que la persona puede tener necesidades que van más allá del campo físico y que además, pueden modificar la percepción de su CdV.
- Reforzar las actitudes, acciones y pensamientos positivos que aportan una función protectora para autopercebir una CdV óptima en la vejez.

## **8. SUGERENCIAS PARA LA INVESTIGACIÓN**

Después de la realización del presente proyecto de investigación, se ve la necesidad de elaborar futuros estudios sobre la percepción de CdV de los ancianos en general, y desde un análisis en profundidad. Por ejemplo, a través de la realización de entrevistas en profundidad a ancianos, sobre cómo perciben su CdV.

La CVRS por ejemplo, cobra un gran protagonismo en la literatura puesto que sin duda, es una parte muy influyente en la CdV de los ancianos. Sin embargo, el término CdV va mucho más allá. Se puede caer en un reduccionismo cuando un término que abarca múltiples dimensiones, es enfocado en un tema en concreto, entendiendo la CdV a nivel general, como una balanza de todas estas partes que la componen.

## **9. CONCLUSIONES**

Para concluir, acorde a los objetivos planteados para el estudio y la interpretación de los resultados obtenidos, el significado de la CdV en la vejez, se puede entender como la evaluación total que uno mismo hace sobre su propia vida en un momento determinado, teniendo perspectiva de los años vividos. Se caracteriza por ser algo totalmente subjetivo e influenciado por múltiples factores. Los que principalmente se han asociado a CdV en este estudio son, la salud a nivel físico, con especial alusión a la autonomía o dependencia para la realización de actividades, y el ámbito social, en el que la cercanía y el cariño de la familia

han sido más destacados. Por ello, cabe decir que la CdV de los ancianos, merece una atención multidisciplinar por parte de los profesionales y una concienciación a nivel social especialmente por parte de la familia.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Fernández JL, Parapar C, Ruíz M. El envejecimiento de la población. *Lychnos* [revista en Internet] 2010 [Consultado 3 de noviembre de 2015]; (2): [5 pág]. Disponible en: [http://www.fgcsic.es/lychnos/es\\_es/articulos/envejecimiento\\_poblacion](http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion)
- (2) Berrío MI. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2012; 40(3): 192-4
- (3) INE [internet]. Proyección de la Población de España 2014-2064. Notas de prensa. Oct 28, 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- (4) Abades M, Rayón E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*. 2012; 23(4): 151-5
- (5) INE [internet]. Salud. Esperanza de vida. May 20, 2015. Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)
- (6) Oliver A, Galiana L, Sancho P, Tomas JM. Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan*. 2015; 15(2): 228-38
- (7) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) [Internet]. Informe 2012. Las personas mayores en España. 2014. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infoppmm2012.pdf>
- (8) Pérez J. Demografía. El envejecimiento de la población española. *Investigación y ciencia*. Ed Española de Scientific American. 2010; 410: 34-42
- (9) Botero BE, Pico ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia promoció salud*. 2007;(12):11-24

- (10) Pino MR, Bezerra F, Portela J. Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud. Rev de investig en educac. 2009; 6: 70-8
- (11) Velasco VM, Rodríguez C, Córdova S, Suárez GG, Luna LE, Mireles SA. Percepción de la calidad de vida y estado de ánimo de los abuelos que cuidan a sus nietos. Rev Paraninfo Digital. [revista en Internet] 2015 [Consultado 20 febrero de 2016]; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/057.php>
- (12) Lapid M, Rummans T, Boeve B, McCormick J, Pankratz S, Cha R, et al. What is the quality of life in the oldest old? Inst Psychogeriatr. 2011; 23(6): 1003-10
- (13) Reijula J, Rosendahl T, Reijula P, Roilas H, Sepponen R. A new method to assess perceived well-being among elderly people – a feasibility study. BMC Geriatr. 2009; 9: 55
- (14) Escarbajal A, Martínez de Miguel S, Salmerón JA. La percepción de la calidad de vida en las mujeres mayores y su envejecimiento activo a través de actividades socioeducativas en los centros sociales. Rev Invest Educativa. 2015; 33(2): 471-88
- (15) López A. Envejecimiento exitoso en función de la percepción del nivel de salud en personas mayores que participan en programas de envejecimiento activo. TOG [revista en Internet]\* 2013 [Consultado 12 diciembre de 2015]; 10(17): [20 pág]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/revision.pdf>
- (16) Lewis J. Successful aging through the eyes of Alaska Native Elders. What it means to be an Elder in Bristol Bay, AK. Gerontologist. 2011; 51(4): 540-9
- (17) Ziolkowski A, Blachnio A, Pachalska M. An evaluation of life satisfaction and health – Quality of life of senior citizens. Ann Agric Environ Med. 2015; 22(1): 147-151
- (18) Jeste D, Salva G, Thompson W, Vahia I, Glorioso D, Sirkin A, et al. Older age is associated with more successful aging: role of resilience and depression. Am J Psychiatry. 2013; 170(2): 188-96
- (19) Melguizo E, Acosta A, Castellano B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. 2012; 28(2): 251-63

- (20) Haseen F, Adhikari R, Soonthorndhada K. Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatr.* 2010; 10(30): 1-9
- (21) Fernández B, Prieto ME, João M, Fernández G, Rojo F, Martínez P. Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saúde Pública.* 2012; 42(2): 310-9
- (22) Garin N, Olaya B, Montea MV, Miret M, Lobo A, Ayuso JL et al. Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. *PLoS ONE.* 2014; 9(11): 1-12
- (23) Romo R, Wallhagen M, Yourman L, Yeung C, Eng C, Micco G et al. Perceptions of successful aging among diverse elders with late-life disability. *Gerontologist.* 2012; 53(6): 939-49
- (24) Acosta CO, Gacia R. Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Redalyc.* 2007; 17(2): 291-300
- (25) Navas W. Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. *Rev Med Cos Cen.* 2013; 70(607): 495-501
- (26) Navarro AB, Bueno B, Buz J, Mayoral P. Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006; 41(4): 222-7
- (27) Ferri C, James I. Successful aging: definitions and subjective assessment according to older adults. *Clin Gerontol.* 2009; 32: 379-88
- (28) Molzahn A, Kalfoss M, Schick K, Skevington S. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. *Age Ageing.* 2011; 40: 192-9
- (29) Rodríguez V, Rojo F, Fernández G, Ahmed K. Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor. *Rev Internac Sociol.* 2011; 69(1): 195-227
- (30) Fernández-Mayoralas G. El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. [Internet]. Informe portal Mayores nº 74 (IMSERSO). 2006. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>

- (31) De Juan MA. La vivencia de la ancianidad: estudio fenomenológico y reflexión antropológica [tesis doctoral]. Barcelona: Recercat, Universitat Internacional de Catalunya; 2013

## **11. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO**

La profesión enfermera requiere una constante actualización de conocimientos, entre otras muchas cosas. El llevar a cabo el TFG proporciona una serie de conocimientos y herramientas muy útiles para mantenernos actualizados a lo largo de nuestra carrera profesional.

El hecho de crear una estrategia de búsqueda y llevarla a cabo correctamente en las distintas bases de datos, personalmente creo que es uno de los aprendizajes más importantes que me llevo, puesto que la obtención de artículos al final está muy bien acotada tras el proceso de selección, y la información es más precisa y acorde al tema a desarrollar.

Para este proyecto, he tenido que rehacer la estrategia de búsqueda más de una vez por mi inexperiencia en la realización de trabajos de este calibre. Pero estoy segura, que si en un futuro tuviera que hacerlo, sabría perfectamente cómo hacer para obtener información fiable y así, tener la base del proyecto.

Por otro lado, debo destacar la importancia que he descubierto que tiene llevar a cabo el trabajo de una manera muy organizada. Al ser un trabajo que se realiza a lo largo de nueve meses, es muy importante seguir un orden ya que, cuando uno retoma lo que dejó hace una semana, sepa cómo debe seguir, para así evitar perder tiempo en reorganizar todo de nuevo para que cuadre.

De la misma manera, durante la realización del TFG me he visto obligada a aprender a utilizar gestores bibliográficos dado que el volumen de artículos consultados así lo requería. Es cierto que durante la carrera nos han facilitado herramientas, e incluso los encargados del servicio de biblioteca de la universidad, imparten sesiones explicativas de cómo usar los gestores bibliográficos, pero siempre he preferido confeccionar la bibliografía manualmente. Después de haber trabajado con ellos, puedo asegurar que va a ser una herramienta de trabajo más en la realización de futuros proyectos e incluso para almacenar artículos de interés propio.

La lectura crítica y análisis de artículos es una competencia desarrollada a lo largo de la carrera aunque en mi opinión, el TFG ayuda a saber llevarlo a cabo de un modo más fluido. Tras la lectura de varios artículos que tratan de una temática parecida, aprendes a buscar información en ellos de una manera más concreta y a mi parecer, es algo muy importante

puesto que el día a día, en la vida real, el tiempo es oro y hay que saber optimizarlo, sin perder calidad.

Y para concluir, debo añadir que durante la realización del trabajo, he tenido la oportunidad de aprender un poco más acerca de la vivencia de ser anciano y todo lo que eso conlleva, con el fin de mejorar la calidad en las futuras intervenciones orientadas a este grupo de población. En mi caso, aún tiene más importancia, dado que pretendo encaminar mi carrera profesional hacia la atención primaria, en la que los ancianos representan en gran proporción, el perfil de paciente que usualmente se atiende.

## 12. ANEXOS

### Anexo 1. Cronograma

	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
<b>Seminarios presenciales</b>										
<b>1ª tutoría individual</b>										
<b>Estrategia búsqueda</b>										
<b>Revisión de la literatura</b>										
<b>Introducción</b>										
<b>2ª tutoría individual</b>										
<b>Marco teórico</b>										
<b>3ª tutoría individual</b>										
<b>Consideraciones éticas</b>										
<b>4ª tutoría individual</b>										
<b>Análisis entrevistas</b>										
<b>5ª tutoría individual</b>										
<b>Resultados y discusión</b>										
<b>Limitaciones</b>										
<b>6ª tutoría individual</b>										
<b>Sugerencias para la investigación</b>										
<b>Implicaciones para la práctica</b>										
<b>Conclusiones</b>										
<b>Entrega definitiva</b>										
<b>Defensa oral</b>										

## Anexo 2. Guion y normas para la presentación de la entrevista

### Presentación de la actividad:

La realización de las entrevistas sobre la vejez, forma parte de un ejercicio, junto al de las fotografías de los rostros de la vejez, que va dirigido a alcanzar los siguientes objetivos:

#### Objetivos:

- Acercar al estudiante a la experiencia de vida en la vejez.
- Incorporar la voz de los y las protagonistas en nuestras prácticas de cuidados a la persona anciana.
- Concienciar al estudiante sobre la importancia que tiene la autopercepción positiva en la salud de la persona anciana.
- Ayudar al aprovechamiento de la asignatura.
- Tener una primera aproximación a la investigación cualitativa: a la realización de entrevistas, y al análisis cualitativo descriptivo.
- Ayudar en la adquisición y el desarrollo de competencias (comunicación oral y escrita; aspectos éticos; pensamiento crítico; conocimiento del tema).

#### Material necesario para la realización de la entrevista:

- Consentimiento informado.
- Cuestionario/guía de entrevista.
- Grabadora si la persona entrevistada acepta.
- Libreta y bolígrafo, para las anotaciones.

#### Conocimientos previos:

- Significado del proceso de envejecimiento.
- Conocimiento de los cambios que se producen en el envejecimiento y del posible afrontamiento frente a ellos.
- Implicaciones del envejecimiento para la vida de las personas.
- Teorías sobre el envejecimiento.
- Envejecimiento y valores sociales.

**Duración presencial y del trabajo autónomo:** La entrevista, tendrá una duración media de una media hora-a una hora. La transcripción de la entrevista y su análisis, puede llevar unas 10 horas, y el trabajo se realizará en horario de trabajo autónomo del estudiante.

## GUIÓN QUE HAY QUE SEGUIR EN EL TRABAJO:

- **Portada:** Título de la actividad; nombre, apellidos del alumno y año de carrera que cursa; nombre de la Asignatura a la que pertenece la actividad; fecha de entrega
- **Índice** (con el texto correctamente paginado en relación al índice)
- **Texto de la entrevista:** transcripción de la entrevista, en la que consten las preguntas que se han hecho así como las respuestas. Dicho texto debe incluir también las anotaciones sobre el lenguaje no verbal (por ejemplo, “sonríe”); éstas, se han de poner entre paréntesis.
  - o **Preguntas orientativas para la entrevista** (no es necesario hacer todas estas preguntas. Además, se puede añadir alguna pregunta diferente. Lo importante es que la entrevista recoja cómo es la experiencia de ser anciano de la persona entrevistada): *¿Cuántos años ha cumplido? ¿Cómo se siente con esa edad? ¿Duerme bien? ¿Puede comer de todo? ¿Disfruta con la comida? ¿Tiene algún problema de salud? Para usted, ¿Qué significa la vejez? ¿Qué le sobra y qué le falta en esta etapa de su vida? ¿Qué tiempo dedica a hacer actividades que le gusten? ¿Cuántas veces por semana se ve con sus amigos? ¿Qué cambios ha notado en su vida en los últimos años? ¿Qué planes tiene para los próximos 6-12 meses? ¿Qué espera de su familia? ¿De qué suele hablar con sus amigos? ¿Y con su esposa/o? ¿Qué actividades recreativas realiza junto a su esposa/o? ¿Cómo cree que le ven las personas que le rodean? ¿Qué cree que puede aportar a su familia, a los jóvenes, a su comunidad, en esta etapa de la vida? ¿Cómo diría que es su calidad de vida?*
- **Análisis de la entrevista:** En este apartado hay que:
  - 1) Imprimir dos copias de la transcripción de la entrevista. Una se recortará, y la otra permanecerá íntegra.
    - En el trabajo escrito, habrá que entregar solo una copia de la transcripción de la entrevista.
  - 2) Análisis inicial: tras una lectura atenta y completa de la transcripción de la entrevista, procurar sintetizar en una frase o un párrafo, qué supone para la persona entrevistada ser anciano/a
    - En el trabajo escrito, habrá que poner el resultado del análisis inicial: es decir, esa frase o párrafo que se escriba tras el análisis inicial.
  - 3) Análisis de contenido:
    - a. Identificar las “unidades de significado”: indicar al margen lo más brevemente posible (con una palabra o varias, el tema del que trata cada fragmento de la entrevista. Cada vez que se habla de un tema distinto, hay que señalar una nueva unidad de significado).  
*Por ejemplo: cambios en la vejez (se encuentra más limitado...); relación con los demás (ve la importancia de mantener las relaciones con los demás), etc.*
    - b. Codificar las unidades de significado. Señalar en cada fragmento que contenga una unidad de significado, a qué página corresponde,

y a qué unidad de significado. *Por ejemplo: u1p1 (corresponde a la unidad de significado 1, que está en la página 1) u2p1 (unidad de significado 2, página 1).*

- c. Identificar las "categorías": tras recortar –en una de las impresiones de la transcripción de la entrevista– los fragmentos de entrevista que contienen cada unidad de significado (y su código), agrupar aquellos que tratan de temas similares. Procurar encontrar una expresión breve para esas unidades de significado. Esa palabra o frase, sería cada categoría.
- d. Identificar temas y subtemas. Tratar de ordenar las categorías, siguiendo un esquema. Identificando temas principales y subtemas.

➤ En el trabajo escrito, del análisis estructural, habrá que incluir el listado de categorías, y el esquema (en el que estén los temas, subtemas y categorías identificados). Así como algún *verbatim* (fragmento de la entrevista) que ilustre cada categoría.

3) Relacionar los resultados del análisis de la entrevista con lo visto en la asignatura de Gent Gran. Comentar brevemente dichos resultados, en relación a los contenidos de la asignatura. Especialmente, sobre los cambios en el envejecimiento.

- **Reflexión personal** sobre el aprendizaje obtenido a partir de la entrevista: contestar, de manera reflexiva, a las siguientes preguntas *¿Cómo me he sentido durante la entrevista? ¿Cuáles han sido las dificultades? ¿Cómo las he resuelto? ¿Ha cambiado mi percepción sobre la persona anciana? ¿Qué he aprendido con esta actividad?*

#### **NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA ENTREVISTA**

- Fuente: Times New Roman, nº 12.
- Párrafo: 1,5.
- Justificar los dos márgenes.
- Idioma: Catalán, Castellano, Inglés o Italiano.
- Uso del corrector ortográfico: el trabajo no debe presentar faltas de ortografía. En el caso de que las presente, bajará significativamente la nota del trabajo.
- En el texto de la entrevista NO ha de constar la identificación personal del participante (persona entrevistada). Se ha de utilizar un nombre figurado, e indicar que no es el nombre real para, de esta manera, mantener el anonimato.

### Anexo 3. Certificado de aprobación por el 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 ancianes, estudiants de tercer de Grado de Enfermería en la assignatura de Gent Gran.

Sant Cugat del Vallès, 23 de setembre de 2014

**Investigador: M<sup>a</sup> Àngeles de Juan Pardo**

**Títol de l'estudi: La percepció sobre la vejez: a partir de entrevistes realitzades a persones ancianes, estudiants de tercer de Grado de Enfermería en la assignatura 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**

## Anexo 4. Consentimiento Informado para las entrevistas



### 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