

Administración del test WHOQOL-OLD para evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en centros de larga estancia

Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Rejane M.P. de Menezes, João C. Alchieri

Introducción. Desde el inicio de la década de los noventa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que las escalas de calidad de vida eran esenciales cuando se trataba de evaluar a los ancianos institucionalizados, dado que éstos representan un grupo poblacional muy concreto y, como tal, son significativos para la evaluación de la calidad de vida.

Pacientes y métodos. Este estudio descriptivo pretende analizar la calidad de vida de ancianos institucionalizados en Natal, Brasil. La recogida de datos se realizó mediante una entrevista a 43 personas de edad avanzada usando el test WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life-Old*), test elaborado por la OMS para valorar específicamente la calidad de vida de los ancianos.

Resultados. Al realizarlo se obtuvo un resultado medio del 52,9%. El área sensorial consiguió la media más alta, con un 68,1%, lo que revela que los ancianos se sienten satisfechos con su situación. Por el contrario, en el área de autonomía se evidenció el resultado medio más bajo, un 40,7%, lo cual indica la insatisfacción de los ancianos por su incapacidad para tomar decisiones.

Conclusión. Se llegó a la conclusión de que los ancianos consideraban que su calidad de vida no era ni satisfactoria ni insatisfactoria. Es necesario que se implementen medidas que promuevan un mejor cuidado de los ancianos institucionalizados para poder proporcionarles una mejor calidad de vida.

Palabras clave. Ancianos. Calidad de vida. Centro de larga estancia para ancianos.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Santa Cruz, RN, Brasil.

Correspondencia:

Dra. Vilani Medeiros de Araújo Nunes. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN). Rua Trairi, s/n. Santa Cruz, RN, Brasil.

E-mail:

vilani.nunes@gmail.com

Trabajo extraído de la tesis de maestría titulada 'Qualidade de vida na perspectiva de idosos institucionalizados no município de Natal, RN, 2007', presentada al programa de posgrado en Enfermería de la UFRN

© 2011 Psicogeriatría

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el 2050 la cifra de población anciana (por encima de los 60 años de edad) en el mundo rondará los dos mil millones de personas; la mayoría de ellos vivirá en países desarrollados. Se calcula que en Brasil habrá aproximadamente 34 millones de personas ancianas en el año 2025, con un predominio de la franja etaria de más de 80 años [1].

La tasa de crecimiento de esta población en Brasil plantea a la sociedad una serie de retos importantes, así como todas las transformaciones sociales, urbanas, industriales y familiares que éstos suponen, con la aparición de nuevos tipos de familias en las que los lazos familiares, las relaciones intergeneracionales y otras dificultades afectan a la capacidad de la familia para cuidar, proteger y acoger a padres o abuelos que sean dependientes para sus actividades de la vida diaria [2].

Se considera que las personas que viven más años tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades degenerativas crónicas y, con frecuencia, presentan diferentes grados de dependencia fun-

cional, familiar, emocional o económica. Ante esta situación, la opción de vivir con sus familias puede ser complicada, dado que también se ven alterados factores socioeconómicos, sobre todo cuando existe un deterioro de la funcionalidad y se precisa un cuidador para atender a la persona anciana.

En los últimos años ha aparecido un mayor número de centros de larga estancia para ancianos (CLEA) a causa del crecimiento de la población anciana y de la mayor demanda de instituciones de larga estancia que puedan acoger a estas personas. Se han establecido políticas sociales que regulan estos centros para proteger a las personas ancianas.

Cuanto más dependientes física y económicamente son los ancianos, más probable es que tengan que ser internados en uno de estos centros. Las residencias de ancianos no son más que el viejo modelo de centros destinados al cuidado de personas con limitaciones que no tienen donde vivir o que no tienen parientes vivos o que se puedan hacer cargo de ellos, regulados actualmente en parte por el Estado, y a los que, hoy en día, se prefiere dar el nombre de CLEA. En Brasil, estos centros se definen como 'instituciones residenciales gubernamentales'.

mentales o no gubernamentales para el alojamiento y cuidado colectivo de personas de 60 años o más, con o sin apoyo familiar, en condiciones de libertad, dignidad y ciudadanía' [3].

Estos CLEA se asocian a un proceso constante y gradual en el cual van surgiendo síndromes de fragilidad que, a la larga, comportan un encamamiento prolongado con un empeoramiento de las funciones visuales, auditivas, físicas y cognitivas, que a menudo afectan a la autonomía y la independencia de los individuos, lo cual lleva a cuestionarse la calidad de vida de estos pacientes ancianos.

Cada vez hay un mayor número de personas ancianas que viven solas, que son dependientes y que, abandonadas por sus familias, requieren unos cuidados permanentes. Las familias con pocos ingresos se ven incapaces de hacerse cargo del cuidado de sus mayores en sus hogares. Los CLEA están ideados para resolver los problemas de estas personas ancianas necesitadas (especialmente en lo que se refiere a sus actividades cotidianas) y, en última instancia, hacerse cargo de los costes económicos necesarios para mantener su salud [4].

La mayoría de estos centros son inadecuados para las necesidades de personas de edad avanzada, ya que no ofrecen un cuidado integral que incluya tanto medidas para el cuidado de la salud de los residentes como actividades de ocio. A menudo se limitan a cubrir las necesidades de higiene, sueño y alimentación de los residentes. Es más, estos centros no facilitan las relaciones interpersonales, indispensables para mantener una buena calidad de vida [5].

A pesar de que las residencias son la modalidad más habitual para el cuidado de las personas ancianas fuera del seno de sus familias, en general se asocian en todo el mundo a imágenes negativas y a prejuicios. Surgieron en la antigua Grecia y su extensión hacia Occidente explica gran parte de los prejuicios que generan este tipo de centros. Su evolución es el fruto de la caridad cristiana en Europa, que llevó a asociarlos con pobreza, negligencia y un abandono de las personas ancianas por parte de sus familias. Algunas de las percepciones que se tienen sobre el origen de estos centros todavía perduran hoy en día en mayor o menor grado; esto se debe en parte al predominio de las instituciones humanitarias existentes en Brasil, que son responsables de alrededor de dos tercios de dichos centros. Asimismo, existe una gran participación por parte de asociaciones religiosas, humanitarias y de acogida de inmigrantes en esta actividad.

El presente estudio investigó primordialmente las instituciones humanitarias, dado que acogen a

un gran número de personas ancianas abandonadas por sus familias y que requieren una atención específica. Estas entidades presentan un perfil relativamente similar en cuanto a su funcionamiento, que se basa en la restricción y el control, de manera que los residentes deben obedecer estrictamente una serie de reglas. Cabe decir que estos establecimientos suelen estar relacionados con asociaciones religiosas católicas, evangelistas o espiritualistas. Siguiendo las leyes de protección de los ancianos (RDC, 283/2005) [3] que implementaron tanto el Gobierno como la Agencia de Control Sanitario local, en estos momentos se están reestructurando estos centros con la presencia de equipos de profesionales en ellos.

Natal, la capital del estado de Rio Grande do Norte, ocupa el vigésimo puesto en la lista de las ciudades con mayor población del país. Datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2010) muestran que la población anciana de este estado ha crecido significativamente a lo largo de las últimas décadas, hasta niveles más altos que otras franjas etarias. El porcentaje de población de edad avanzada es de un 10%, y la media nacional es de un 11%. De los 850.000 habitantes de Natal, un 8% tiene más de 60 años. Los cambios en las estructuras familiares, la escasez de alternativas para que las familias puedan cuidar de sus mayores en casa y la situación de personas que carecen de apoyo familiar han hecho aumentar la demanda de los CLEA en Natal. Recientemente han abierto 12 instituciones privadas, pero ni una sola pública, ya sea municipal o estatal. Asimismo, existen seis centros de organizaciones humanitarias distribuidos en los distritos norte, sur, este y oeste de la ciudad.

Dada la variabilidad y la subjetividad del concepto de calidad de vida, y a pesar de no existir un consenso sobre su definición, se debe tener en cuenta una serie de aspectos fundamentales cuando se elabora este constructo en función de diferentes culturas, valorando la subjetividad, la multidimensionalidad y la presencia de aspectos positivos y negativos [6]. Por consiguiente, la evaluación de la calidad de vida debe basarse en la percepción de los individuos en lo que atañe tanto a su estado de salud como a aspectos generales de su vida y su bienestar, es decir, experiencias subjetivas influidas por su contexto cultural.

En el presente estudio, el concepto de calidad de vida viene definido por la OMS como 'la percepción que un individuo tiene de su lugar en la vida, en el contexto cultural y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus preocupaciones' [7]. Para es-

tudiar este tema es importante entender que la calidad de vida recoge múltiples aspectos relacionados con la percepción de las personas ancianas sometidas a estudio, entre los que se incluyen las habilidades sensoriales, la autonomía, las actividades pasadas, presentes y futuras, la participación social, la muerte y la intimidad, aspectos todos ellos que pueden influir en la calidad de vida de las personas ancianas institucionalizadas. La premisa de que las personas que viven en CLEA lo hacen en condiciones precarias, dada su situación de abandono, falta de afectividad, soledad y dependencia para las actividades cotidianas, puede afectar a su calidad de vida.

Objetivos

General

Evaluar la calidad de vida de los residentes de los CLEA de Natal, Brasil, mediante el test WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life-Old*).

Específicos

- Caracterizar a los ancianos institucionalizados sociodemográficamente, en cuanto a su salud y en cuanto a su institucionalización.
- Analizar aspectos (habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad) con respecto a la calidad de vida de los ancianos institucionalizados.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo y cuantitativo realizado en seis CLEA distribuidos por los cuatro distritos de la ciudad de Natal (norte, sur, este y oeste), que son el 100% de los centros inscritos en la Agencia de Control Sanitario local.

De la población inicial formada por los 266 ancianos residentes en los seis CLEA seleccionados, se tomó inicialmente una muestra aleatoria simple y a continuación una muestra por selección intencionada, con lo que se redujo la muestra al 30% de los ancianos de cada CLEA. Se obtuvo así un total de 80 personas, tanto hombres como mujeres. Los criterios de inclusión fueron tener 60 años o más de edad, que el centro hubiese determinado que eran personas independientes o parcialmente indepen-

Tabla I. Distribución de áreas según los ítems y rango de respuestas basados en el método y los resultados de los grupos brasileños del WHOQOL-OLD (2003) [8].

	Ítems	Ítems del área	Posible rango del RNA (mínimo-máximo)
Habilidades sensoriales	4	1 + 2 + 10 + 20	16 (4-20)
Autonomía	4	3 + 4 + 5 + 11	16 (4-20)
Actividades pasadas, presentes y futuras	4	12 + 13 + 15 + 19	16 (4-20)
Participación social	4	14 + 16 + 17 + 18	16 (4-20)
Muerte	4	6 + 7 + 8 + 9	16 (4-20)
Intimidad	4	21 + 22 + 23 + 24	16 (4-20)

RNA: resultado numérico de cada área.

dientes, con una capacidad motora adecuada, que pudiesen responder a preguntas y que aceptasen participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron tener 60 años o más de edad y padecer algún trastorno mental o alguna otra enfermedad que les impidiese responder a preguntas, así como dificultades auditivas o del habla, y que no hubiesen aceptado participar en el estudio.

Se excluyó de la muestra inicial de 80 residentes a 37 personas (46,2%) a causa de trastornos cognitivos diagnosticados, dificultades auditivas o del habla y uso de antidepresivos, de manera que la muestra quedó reducida a 43 personas (53,7%), que correspondían al 16% del total de residentes de los centros sometidos a estudio.

Se utilizaron dos métodos para recoger los datos necesarios para el estudio: el primero eran las preguntas sobre los aspectos sociodemográficos y las condiciones de salud; el segundo, el test WHOQOL-OLD, elaborado por la OMS, que evalúa el impacto sobre la calidad de vida de los servicios y las diferentes estructuras sociales y sanitarias, con lo que identifica posibles consecuencias de las políticas para los ancianos y proporciona un conocimiento más claro sobre las áreas en las que se debe invertir para obtener mayores beneficios a fin de mejorar la calidad de vida de esta población.

La necesidad de disponer de instrumentos de evaluación concisos –que se cumplimentasen en poco tiempo, pero que tuviesen las características psicométricas adecuadas– hizo que se adoptase el WHOQOL-OLD como herramienta del estudio, dado que la población anciana es un grupo de características únicas y, como tal, presenta unas espe-

Tabla II. Relación de la escala de 0 a 100 para clasificar la calidad de vida en función de los ítems y el rango de respuestas, basados en el método y los resultados de los grupos brasileños del WHOQOL-OLD (2003) [8].

0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
En absoluto	Poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
En absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho

cificidades relevantes con respecto a la calidad de vida. El WHOQOL-OLD está formado por 24 ítems de la escala tipo Likert, divididos en seis áreas: habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad. Cada una de estas áreas contiene cuatro ítems, con una puntuación final que va de 4 a 20, siempre y cuando se hayan cumplimentado todos los ítems de una misma área (Tabla I). Se obtiene una puntuación general o global de la calidad de vida de las personas ancianas, que se designa como el resultado total del test WHOQOL-OLD [8].

Los datos se recogieron a lo largo de los meses de julio y agosto del 2007 en los CLEA mediante entrevistas concertadas previamente. Se observaron todas las disposiciones legales y éticas que recoge la resolución 196/96 del Ministerio de Sanidad, incluyendo la carta de autorización de las instituciones, la aprobación del Comité de Ética de Investigaciones de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte según el protocolo número 108/2007, así como el consentimiento informado de todos los participantes del estudio.

En el análisis de los resultados se siguió el modelo estadístico estipulado por el WHOQOL-OLD, el SPSS v. 13.0, mediante el cual se calculó el resultado numérico de cada área, el resultado medio estandarizado de cada área (con valores entre 1 y 5) y el resultado transformado de cada área (con una puntuación entre 0 y 100), según el manual del WHOQOL-OLD [8].

La puntuación media de cada anciano, en cada una de las áreas de estudio, indica el grado de satisfacción percibida para cada uno de los aspectos y los relaciona con la calidad de vida. Según la escala de 0 a 100 aplicada, cuanto más cercano sea el resultado a 100, más satisfactoria o positiva será la percepción para esa área y sus respectivos ítems. El resultado transformado de cada área a partir del resultado numérico correspondiente permite expresar el resultado total del test como un porcentaje

entre los posibles valores mínimo (0) y máximo (100) de la clasificación de la calidad de vida, como muestra la siguiente escala por categorías de cada área estudiada (Tabla II).

La tabla III describe el contenido principal de cada área basado en los métodos y los resultados de los grupos brasileños del WHOQOL-OLD [8].

El test WHOQOL-OLD permite evaluar el impacto de los servicios que se ofrecen a las personas mayores y de las diferentes estructuras sociales y sanitarias sobre la calidad de vida. En concreto, permite identificar las posibles consecuencias de las políticas sobre la calidad de vida entre la población anciana y proporciona una mejor comprensión de las áreas en las que hay que invertir para conseguir mayores beneficios en términos de calidad de vida [9]. Se puede obtener una estimación de la repercusión de las intervenciones físicas y psicológicas sobre el amplio campo que son los problemas físicos y psiquiátricos relacionados con la edad. Asimismo, con el WHOQOL-OLD se pueden evaluar tanto estudios transversales entre diferentes servicios como estudios longitudinales de diferentes intervenciones. Es más, el exclusivo enfoque transcultural del desarrollo instrumental de la herramienta permite realizar comparaciones interculturales [10]. El estricto desarrollo de los patrones de instrumentos usados por el WHOQOL-OLD implica que las comparaciones realizadas con la metodología de este test son menos susceptibles al sesgo cultural, lo cual proporciona un enfoque adecuado del desarrollo instrumental, así como validez transcultural para la evaluación de la calidad de vida en las personas ancianas.

Resultados y discusión

Primeramente, es importante destacar que, a pesar de ser un país muy extenso, Brasil presenta unas marcadas diferencias regionales demográficas, di-

ferencias establecidas por el proceso de desarrollo histórico y geográfico. Estos factores han dado lugar a unas condiciones socioculturales específicas, de manera que las herramientas de estudio, incluso al utilizarse en la misma lengua, dan lugar a resultados únicos. Es por esto que el presente estudio quiere resaltar las diferencias entre las respuestas dadas por la población anciana de las diferentes regiones geopolíticas. Dada la falta de investigaciones sobre el envejecimiento entre los residentes de los CLEA en esta región, que es la que presenta un menor desarrollo económico en todo el país, es importante subrayar lo novedoso de esta propuesta y, consiguientemente, la ausencia de datos previos al estudio.

Se clasificaron los centros motivo del presente estudio como organizaciones filantrópicas sin ánimo de lucro, con vínculos religiosos (católicos: 50%; evangelistas: 33,3% y espiritualistas: 16,6%), que reciben fondos del Estado y de la Secretaría Municipal de Sanidad, así como contribuciones de las pensiones de los ancianos residentes. Los participantes en este estudio fueron 43 residentes de seis de estos CLEA, con afiliaciones religiosas y mantenidos mediante fondos donados por el Ministerio de Sanidad y la Secretaría Municipal de Sanidad y Beneficencia, tal y como dispone el Capítulo VIII de Beneficencia Social, Artículo 35, Párrafos 1.º y 2.º de la Ley de Personas Ancianas [11]. La caracterización sociodemográfica e institucional constató que el 34,9% de los ancianos objeto de estudio eran hombres, y el 65,1%, mujeres, la mayoría solteros (44,2%) o viudos (41,8%). Esto corrobora los datos de los estudios realizados previamente en la población anciana institucionalizada de Caxias do Sul, en el estado de Rio Grande do Sul, que constató la presencia significativa de ancianos solteros entre los residentes de los CLEA (38,3%). Junto con el porcentaje de personas viudas (42,9%), esto indica que la falta de pareja puede ser un factor determinante para el ingreso de los ancianos en estas instituciones.

Con respecto al rango de edad, existía un predominio de los pacientes entre 71 y 80 años, con un total de 18 ancianos (41,8%), seguido de los grupos de 81 a 90 años y de 61 a 70 años, con unas cifras respectivas de 15 (34,9%) y 10 (23,4%). La media de edad era de 76,6 años, con una desviación estándar de 7,25 años. De los participantes, el 81,4% se declaraba católico y el 16,3% evangelista, de manera que el 99% de la muestra refería tener algún tipo de creencia religiosa. Diversos estudios evidencian que la creencia religiosa se asocia a sentimientos de una mayor satisfacción general, bienestar y estabilidad [12,13].

Tabla III. Conceptos y contenidos de cada área, basados en el método y los resultados de los grupos brasileños del WHOQOL-OLD (2003) [8].

Habilidades sensoriales	Funcionamiento sensorial, impacto de la pérdida de habilidades sensoriales en la calidad de vida
Autonomía	Independencia del anciano, ser capaz o libre para vivir con autonomía y tomar sus propias decisiones
Actividades pasadas, presentes y futuras	Satisfacción con los logros a lo largo de la vida y objetivos pendientes
Participación social	Participación en las actividades cotidianas, sobre todo en la comunidad
Muerte	Dudas, preocupaciones y miedos con respecto a la muerte
Intimidad	Posibilidad de mantener relaciones personales e íntimas

Con respecto al trabajo desempeñado a lo largo de sus vidas, la mayoría de los ancianos refirieron profesiones relacionadas con las tareas domésticas (62,8%) y un 34,9% había trabajado en el sector terciario, con profesiones como panadero, fontanero, recepcionista, metalúrgico, albañil o cerrajero. La sociedad cree que los ancianos son personas incapaces de trabajar, una idea que es el resultado de actitudes de consumo, valores y creencias cuyos elementos pueden implicar desventajas para los más ancianos, vistas las exiguas oportunidades laborales que existen para los que rondan los 60 años de edad [14]. Esto ha contribuido a la situación social extremadamente delicada de las personas en la etapa final de su ciclo vital.

Se constató que el 67,4% de los ancianos investigados provenía de áreas rurales, mientras que el 32,6% había residido en zonas urbanas. Según Berquó, una posible explicación a esta situación es el hecho de que la migración de las zonas rurales a las urbes, con el paso del tiempo, ha dado lugar a diferentes situaciones familiares y domésticas que pueden presentar unas características determinadas al llegar a una edad avanzada. Desde un punto de vista emocional y material, este hecho podría hacer que los ancianos se sintiesen más inseguros y vulnerables y que, por lo tanto, aumentase el riesgo de padecer trastornos psicológicos que repercutiesen en su calidad de vida [15].

Al investigar el nivel educativo de los participantes se constató que el 30,2% no había completado la educación primaria y el 25,6% estaba alfabetizado. Tan sólo una persona (2,3%) tenía estudios superiores, una licenciatura en trabajo social, mientras que el 41,9% restante de los ancianos institucionalizados era analfabeto. Estos datos concuerdan con los

Figura. Resultados medios para cada área del estudio según la percepción de los ancianos residentes en los centros de larga estancia en el municipio de Natal, Brasil (2007).

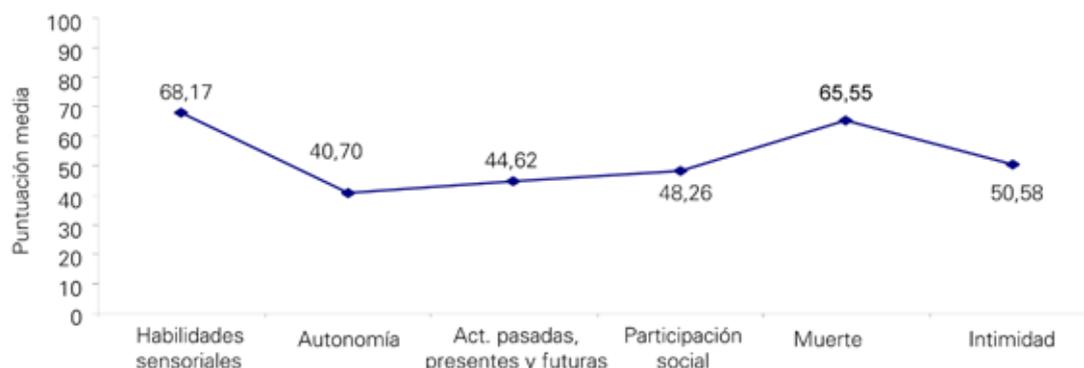


Tabla IV. Distribución de los resultados por áreas del WHOQOL-OLD según la percepción de los ancianos residentes en los centros de larga estancia de Natal, Brasil (2007).

	HAS	AUT	PPF	PSO	MUE	INT	Total
RNA medio (4-20)	14,9 ± 3,2	10,5 ± 2,1	11,1 ± 2,7	11,7 ± 2,5	14,4 ± 3,4	12,0 ± 3,0	74,8
RMEA medio (1-5)	3,7 ± 0,8	2,6 ± 0,5	2,7 ± 0,6	2,9 ± 0,6	3,6 ± 0,8	3,0 ± 0,7	3,1
RTA (0-100)	68,1 ± 20,0	40,7 ± 13,0	44,6 ± 16,9	48,2 ± 15,8	65,5 ± 21,7	50,6 ± 18,8	52,9

AUT: autonomía; HAS: habilidades sensoriales; INT: intimidad; MUE; muerte; PPF: actividades pasadas, presentes y futuras; PSO: participación social; RMEA: resultado medio estandarizado de cada área; RNA: resultado numérico de cada área; RTA: resultado transformado de cada área.

del IBGE, que indican que el grado de escolarización en Brasil está todavía muy por debajo de los niveles deseables, especialmente en la región nororiental del país, donde la mayoría de la población anciana es analfabeta [11].

Antes de ingresar en estos centros, el 37,2% de los ancianos vivía con sus hijos y el 27,9% vivía con parientes. Un 16,3% vivía solo y únicamente el 9,3% vivía con su cónyuge, hecho que parece no proporcionar las posibilidades de apoyo emocional necesarias para una buena calidad de vida en esta etapa final. Con respecto al número de hijos de los ancianos objeto de estudio, el 32,6% no tenía hijos, mientras que del 67,4% restante que sí tenía, la mayoría tenía uno o dos hijos (27,2%), seguido de un 16,3% con tres o cuatro hijos y un 11,63% con cinco o seis hijos. De todos modos, este estudio revela que más de la mitad de los ancianos del estudio, un 65,1%, vivía con sus hijos o con familiares antes de ingresar en los CLEA.

Evaluación de la calidad de vida en las áreas de habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad

Se agruparon las respuestas a las preguntas del test WHOQOL-OLD (Figura), correspondientes a los diferentes aspectos evaluados por el cuestionario: habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad.

La tabla IV muestra que el resultado medio más elevado (68,1) se dio en el área de las habilidades sensoriales, mientras que el resultado medio más bajo (40,7) apareció en el área de autonomía.

El resultado medio total era de 52,9, que en la evaluación de la calidad de vida corresponde a ni satisfecho ni insatisfecho. Los resultados transformados para cada área demuestran cómo perciben su calidad de vida las personas ancianas de este es-

tudio. El área de habilidades sensoriales logró una puntuación transformada de $68,1 \pm 20,0$, resultado que debe interpretarse como que los ancianos investigados se mostraban en general satisfechos con sus funciones sensoriales, ya que les permitían participar en las actividades cotidianas e interactuar con otros residentes (Tabla IV).

Se entiende que esta sensación está relacionada con la mayoría de las quejas sobre la salud que refieren los sujetos participantes, que tienen que ver con unas capacidades visual y auditiva reducidas (un proceso natural para la mayoría de los ancianos en esta etapa de la vida) y que pueden dar lugar a cataratas o glaucoma si no se tratan a tiempo estas patologías. Una escasa agudeza visual puede dificultar o impedir que los ancianos realicen actividades cotidianas, hecho que en consecuencia influirá negativamente en su calidad de vida [16]. Por el contrario, el área de autonomía registró un resultado transformado medio de $40,7 \pm 13,0$, el más bajo de las seis áreas objeto de estudio. Estos hallazgos no son sorprendentes, dado que los residentes de los CLEA suelen ser personas típicamente pasivas, sin actividades que les distraigan o sin iniciativa para llevar a cabo actividades que ocupen su tiempo.

Este resultado indica que las personas ancianas del presente estudio se mostraban insatisfechas con respecto a su autonomía en los centros en los que residían, cosa que podría deberse a la limitación de su libertad o a la falta de respeto hacia ésta por parte del personal de los centros. Con frecuencia los ancianos percibían que los trabajadores de los centros no respetaban su libertad ni les permitían tomar sus propias decisiones o planificar su futuro.

Este dato confirma que no se protege la autonomía de los residentes de los CLEA, dado que ni tienen libertad para tomar sus propias decisiones sobre temas importantes ni tienen control sobre su futuro y, en algunas ocasiones, es la institución quien decide en qué actividades pueden participar al considerar (a su entender) que pueden ser del agrado del residente. Ante esto, cabe denunciar que parece ser que las instituciones no cumplen con la normativa de la Ley de las Personas Ancianas, Capítulo II, Artículo 10, Párrafos 1.º y 2.º [11].

En el área de actividades pasadas, presentes y futuras se registró un resultado transformado medio de $44,62 \pm 16,9$, hecho que indica que los ancianos no se mostraban ni satisfechos ni insatisfechos con respecto a sus actividades pasadas, actuales o futuras. Los estudios han demostrado que existe una estrecha relación entre el grado de satisfacción individual y el nivel de logros, es decir, hasta qué pun-

to consiguen las personas alcanzar sus metas. El estudio también recalca que cuanto menor sea la distancia entre las aspiraciones y los logros, mayor será el nivel de calidad de vida percibido por la persona [17].

El área de participación social mostraba un resultado transformado medio de $48,2 \pm 15,8$ y una cierta neutralidad entre los ancianos con respecto a la participación social en la comunidad de su residencia, lo que indica que no se sentían ni satisfechos ni insatisfechos en esa área de sus vidas. Los ancianos institucionalizados se ven excluidos de su ambiente familiar y a menudo pierden el contacto con sus familiares. En su nueva realidad, buscan y hacen frente a nuevas formas de adaptación a estos cambios, dado que ya no pueden contar con el apoyo de sus familiares y amigos.

Durante esta fase de adaptación, el comportamiento de las personas que acaban de ingresar en los CLEA suele ser de aislamiento y de priorizar tan sólo la atención de los profesionales y otros miembros del personal del centro; se vuelven apáticos ante su nueva realidad [17]. Algunos autores [18] definen esta apatía como un vacío persistente, una pérdida o disminución de sus emociones, sentimientos e intereses, lo cual conduce a un deterioro significativo de su comportamiento. Con frecuencia este término griego ('apatía') se asocia a otros conceptos, como indiferencia o desaliento.

La posibilidad de participar, colaborar de algún modo y de que se los escuche y se respeten sus decisiones es un factor decisivo para mantener y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas ancianas, incluso de aquellas con trastornos físicos [17].

Los resultados obtenidos en el área de la muerte muestran un resultado transformado medio de $65,5 \pm 21,7$, lo cual indica que los sujetos se sentían satisfechos con respecto a sus preocupaciones y miedos sobre la muerte. Este hecho podría deberse a que los ancianos pueden considerar que, al hallarse al final de sus vidas, la muerte es algo esperable.

La muerte supone el fin de todo, incluidos valores y conceptos, y los miedos con frecuencia tienen que ver con lo desconocido. Se observó que cuantos más valores espirituales tenían las personas, menos temían a la muerte [19]. En este contexto, las personas experimentan el proceso de su propia muerte o de la de algún ser querido, con lo cual buscan medios para superar sus miedos y frustraciones.

En el área de intimidad se detectó un resultado transformado medio de $50,6 \pm 18,8$, lo que manifiesta una neutralidad por parte de los ancianos en lo que respecta a sus relaciones íntimas, es decir, no se sentían ni satisfechos ni insatisfechos en este as-

pecto. Las relaciones que se establecen entre los ancianos institucionalizados, el afecto y el respeto que forjan hacia otra persona, con frecuencia les lleva a considerar a algunos de sus compañeros seres queridos o familia [18]. La relación entre los residentes de los CLEA es un fenómeno complejo, ya que depende de su disposición y sus expectativas, así como de las condiciones externas que favorezcan o no los vínculos emocionales. Los investigadores que han realizado estudios en estos centros se muestran de acuerdo al afirmar que la amistad es importante en estos contextos y que se la debe considerar como un factor que puede mejorar la calidad de vida de los residentes de los CLEA [17].

Finalmente, las limitaciones del presente estudio se relacionan con la posibilidad de generalizar sus resultados a todo Brasil, teniendo en cuenta los factores sociodemográficos propios de la región nororiental del país. De todos modos, ésta es la primera investigación que se lleva a cabo entre la población residente de los CLEA y como tal debe considerarse un punto de partida para futuros estudios.

Conclusión

Dado que el presente estudio está destinado específicamente a la población anciana, se usó una versión reducida del cuestionario destinada a las personas de edad avanzada. El WHOQOL-OLD es una alternativa concreta y útil para las necesidades de la población anciana y puede aplicarse con facilidad. Basándose en esta información, los participantes cualificaron su calidad de vida de manera global como ni satisfactoria ni insatisfactoria. Esto puede deberse a la indiferencia y a la sensación de resignación ante su destino, caracterizado por la finitud de la vida, algo muy común entre las personas ancianas y que con frecuencia se acompaña de un cierto grado de depresión. Los resultados indican que los ancianos sometidos a estudio se mostraban insatisfechos con su autonomía en el seno de los CLEA, posiblemente a causa de su escasa libertad, debida en parte a la falta de consideración que tiene el personal de los centros con este aspecto de la vida de los residentes. Mantener la autonomía en la tercera edad es esencial para una buena calidad de vida. Un medio para cuantificar este aspecto es mediante el grado de autonomía del que dispone cada individuo para realizar las actividades cotidianas, haciendo que sean independientes dentro de su contexto socioeconómico y cultural. Futuras investigaciones pue-

den ampliar la comprensión de las opiniones expresadas en las respuestas de los residentes de los CLEA, lo que permitirá que se adopten estrategias para su día a día.

Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). Global Forum for Health Research: the 10/90 Report on Health Research. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saude Publica* 1987; 21: 211-24.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico que define as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: Diário Oficial da União; 2005.
4. Cancian C, Dias J. Envelhecimento no asilo. *Caderno Adulto NIEATI* 2000; 4: 191-7.
5. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saude Publica* 1997; 31: 184-200.
6. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21: 19-28.
7. WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403-9.
8. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saude Publica* 2003; 37: 793-9.
9. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Rev Saude Publica* 2006; 40: 785-91.
10. Power M, Bullinger M, Harper A. The World Health Organization WHO-QOL-100 tests of the universality of quality of life in 15 different cultures groups worldwide. *Health Psychol* 1999; 18: 495-505.
11. Brasil. Lei nº 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília; 2003.
12. Cortelletti IA, Casara MB, Heredia VBM. Idoso asilado: um estudo gerontológico. Caxias do Sul (RS): Educ/Edipucrs; 2004.
13. Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Soc Sci Med* 1981; 15: 107-15.
14. Menezes RMP. História de saúde e doença: narrativas de idosos atendidos em um serviço de saúde [tesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2001.
15. Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In Neri AL, Debert GG, eds. *Velhice e sociedade*. São Paulo: Papirus Editora; 1999. p. 11-40.
16. Pinto Ferraz EV, Assis Lima C, Cella W, Leite Arieta CE. Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata. *Arq Bras Oftalmol* 2002; 65: 293-8.
17. Born T, Abreu CMG. O cuidado ao idoso em instituição de longa permanência. *Revista Gerontologia* 1996; 4: 7-14.
18. Agüera-Ortiz LF, Gil-Rui N, Cruz Orduña I, Ramos-García MI, Osorio-Suárez RM, Valenti-Soler M, et al. Creación de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados: la escala APADEM-NH-66. *Psicogeriatría* 2010; 2: 207-19.
19. Ross EK. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Administration of WHOQOL-OLD in the assessment of quality of life among elderly residents in long-stay institutions

Introduction. From the early '90s, the World Health Organization found that measures of quality of life are of particular importance in the evaluation of the elderly institutionalized as they represented a particular group and, as such, have specific of significant relevance to the quality of life.

Patients and methods. It is a descriptive study, which aims to analyze the quality of life in institutionalized elderly in Natal, Brazil. For data collection was carried out interviews with 43 elderly people using the WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life-Old), specifically to evaluate the quality of life in the elderly.

Results. The results indicated an overall average score of 52.9%. The sensory facet obtained the highest average of scores (68.1%), showing satisfaction in the situation we are. However, the facet autonomy obtained the lowest average (40.7%), showing dissatisfaction about the ability to make decisions.

Conclusions. The elderly rated their quality of life as either unsatisfactory or satisfactory. It is necessary to implement public policies aimed at promoting the attention to the institutionalized elderly in anticipation of a better quality of life.

Key words. Elderly. Institution of long residence for the elderly. Quality of life.