

## AVELLEMENTAMENTO E CALIDADE DE VIDA

JOSÉ CARLOS MILLÁN CALENTI  
Universidade da Coruña

*Recibido:* 30 de maio de 2011

*Aceptado:* 14 de xullo de 2011

---

**Resumo:** *Aínda que nos últimos tempos, e sobre todo nas sociedades desenvolvidas, asistimos a un espectacular avance na "cantidade" de anos vividos, non ocorreu o mesmo se nos referimos á cantidade de anos vividos libres de enfermidade ou de discapacidade, é dicir, á "calidade" deses anos. A calidade de vida (CV) é un constructo multidimensional que se vai ver afectado por factores físicos, psicolóxicos e sociais, denominándose CV relacionada coa saúde (CVRS) unicamente cando nos referimos aos compoñentes propios da saúde como aspecto físico ou clínico. A vellez non é a mellor época para gozar da saúde na súa máis ampla acepción xa que, froito do avellentamento, a probabilidade de presentar enfermidades crónicas e invalidantes se incrementa. A dependencia é un dos factores máis distorsionador da percepción do estado de benestar, polo que calquera actuación que logre frear a súa chegada contribuirá a mellorar a CV; outras medidas serán de natureza económica ou social. Dada a importancia dos factores subxectivos sobre a CV, non deberemos esquecer que a súa avaliación vai depender en gran parte da percepción que o suxeito teña deles.*

**Palabras clave:** *Avellentamento / Calidade de vida / Persoas maiores.*

### QUALITY OF LIFE AND AGING

**Abstract:** *In recent years, particularly in developed societies, we have witnessed a spectacular advanced in the "amount" of lived years, but the same cannot be stated if we refer to the "quality" of those years, i.e. the amount of years lived free of illness or disability. The quality of life (QOL) is a multidimensional construct that will be affected by physical, psychological and social factors and we call Health Related Quality of Life (HRQOL) when we refer to common health components only, such as physical or clinical aspects. Old age is not the best time to enjoy health in its wider meaning, as the probability to suffer chronic and disabling diseases increases with age. Dependence is one of the most distorting factors in the welfare perception so that any action aimed to delay it will contribute to improve QOL. Other measures to be taken will be of economical or social nature. Due to the importance of subjective factors on the QOL, we should not forget that their assessment will largely depend on the person's own perception.*

**Keywords:** *Ageing / Quality of life / Elderly people.*

---

## 1. INTRODUCCIÓN

O avellentamento progresivo da poboación –que se fai máis evidente nalgúns países europeos, entre os que se atopa España– conducirá a que a poboación de persoas maiores no mundo aumente en case 700 millóns entre os anos 1970 e 2025 ou, o que é o mesmo, nunha porcentaxe superior ao 200%, polo que no ano 2025 haberá máis de 1.200 millóns de persoas con idade igual ou superior aos 60 anos (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Galicia forma parte das sociedades favorecidas polo avellentamento, e digo ben, “favorecidas”, porque temos que partir da base de que o concepto “*avellentamento poboacional*” está intimamente relacionado co concepto de desenvolvemento socioeconómico e, en consecuencia, co logro dun bo estado de benestar, aínda que de todos é sabido que existen grandes diferenzas entre os diferentes países.

A esperanza de vida é a media dos anos vividos por unha determinada cohorte poboacional en relación cun período de tempo, e que vai estar influenciada polas diferentes taxas de mortalidade, tanto das denominadas *brutas* –defuncións por 1.000 habitantes– como das *específicas* –infantil, enfermidades cardiovasculares ou accidentes, entre outras–. De aí que unha sociedade avellente e alcance unha elevada esperanza de vida na medida en que se evita a mortalidade.

Segundo os últimos datos publicados polo IGE (2009), a esperanza de vida ao nacer no ano 2009 en Galicia era de 81,7 anos, variando entre os 81,3 anos da Coruña e os 82,7 anos de Ourense. Por xénero, as mulleres (85,1 anos) teñen unha esperanza de vida ao nacer de 6,8 anos maior cá dos homes (78,3 anos).

Cómpre sinalar que a esperanza de vida é un termo que pode referirse a calquera idade, aínda que en xeral se fala de esperanza de vida ao nacer e de esperanza de vida por riba dos 65 anos. Os homes viven de media 18,5 anos e as mulleres 22,8 anos por riba dos 65 anos. Se nos referimos aos maiores de 80 anos, daquela os homes viven de media 9,8 anos, mentres que as mulleres o fan 10,6 anos por riba desa idade (táboa 1).

**Táboa 1.-** Esperanza de vida en Galicia en función do xénero e da idade (2009)

	TOTAL			HOMES			MULLERES		
	Ao nacer	Aos 65 anos	Aos 80 anos	Ao nacer	Aos 65 anos	Aos 80 anos	Ao nacer	Aos 65 anos	Aos 80 anos
Galicia	81,7	20,8	9,8	78,3	18,5	8,6	85,1	22,8	10,6
A Coruña	81,3	20,4	9,4	78,0	18,1	8,2	84,6	22,4	10,2
Lugo	81,6	21,0	10,0	78,1	18,8	9,0	85,2	23,0	10,8
Ourense	82,7	21,4	10,3	79,2	19,1	9,1	86,1	23,6	11,2
Pontevedra	81,9	20,9	9,9	78,3	18,4	8,6	85,2	22,9	10,6

FONTES: INE: *Padrón municipal de habitantes*, e IGE: *Movemento natural de poboación*.

Con esta elevada esperanza de vida é lóxico que a poboación de persoas maiores –referida aos suxeitos con 65 ou máis anos– se incrementara dunha maneira substancial nas últimas décadas (táboa 2), pasando de 445.763 persoas (16,31%) no ano 1991 a 567.323 persoas (21,04%) no ano 2001, é dicir, cunha diminución da poboación total do 1,31%, as persoas maiores aumentaron en 121.560 suxeitos (27,27%), cunha feminización importante, xa que no ano 2001 as mulleres de idade  $\geq 65$  anos representaban o 58,91% do total de maiores.

**Táboa 2.-** Poboación en función do sexo e dos grupos quinquenais de idade

	1991			2001		
	Total	Homes	Mulleres	Total	Homes	Mulleres
Quinquenio	2.731.669	1.317.899	1.413.770	2.695.880	1.294.378	1.401.502
65-69	139.164	61.857	77.307	169.232	77.457	91.775
70-74	113.498	46.841	66.657	143.719	63.169	80.550
75-79	89.977	34.616	55.361	112.769	45.634	67.135
80-84	62.104	22.499	39.605	76.402	27.330	49.072
85-89	30.081	9.413	20.668	43.981	13.750	30.231
90 e máis	10.939	2.987	7.952	21.220	5.766	15.454
$\geq 65$ anos	445.763	178.213	267.550	567.323	233.106	334.217

FONTE: INE: *Censo de poboación y viviendas, 2001*.

Se facemos a comparación entre o ano 1991 e os datos provisionais do ano 2010, daquela a diferenza faise máis evidente, xa que o número de persoas maiores se incrementou en 173.945 (39,02%), pasando a ser a porcentaxe de persoas de idade  $\geq 65$  anos dun 22,15% (táboa 3).

**Táboa 3.-** Poboación en función do sexo e dos grupos quinquenais de idade. Galicia (2010)

	TOTAL	HOMES	MULLERES
Total poboación	2.797.653	1.350.547	1.447.106
65-69	152.594	71.874	80.720
70-74	135.558	60.719	74.839
75-79	141.639	59.559	82.080
80-84	99.563	38.293	61.270
85 e máis	90.354	27.752	62.602
Total $\geq 65$ anos	619.708	258.197	361.511

FONTE: INE: *Padrón municipal de habitantes*.

En Galicia hai máis de 619.000 persoas de idade igual ou superior aos 65 anos, que representan o 22,15% da poboación, e que teñen unha esperanza de vida media ao nacer de 81,7 anos. Pero esta importante porcentaxe de persoas atópanse en diferentes situacións en función das múltiples variables que lles afectan, e que dunha maneira ou doutra van dar lugar a que a súa percepción de benestar ou, máis xenericamente, da súa calidade de vida tamén varíe. O concepto de calidade de vida é moi amplo e, polo tanto, moi complicado de establecer e máis de avaliar, sobre todo cando nos referimos aos seus elementos subxectivos xa que, loxicamente, van depender da percepción que deles teña a persoa.

O Grupo para a Valoración da Calidade de Vida da Organización Mundial da Saúde (The WHORQOL Group, 1996) define a calidade de vida como “*a percepción do individuo sobre a súa posición na vida dentro do contexto cultural e do sistema de valores no que vive e con respecto ás súas metas, expectativas, normas e preocupacións*”. Desta definición extraemos, en primeiro lugar, a variabilidade de elementos que conforman o concepto e que, polo tanto, o fan multidimensional, pero con base en dous tipos de compoñentes:

- a) Os *compoñentes subxectivos*, establecidos pola propia percepción do suxeito e que van estar relacionados coa súa personalidade.
- b) Os *compoñentes obxectivos*, dentro dos que se poderían incluír elementos propios do individuo como os determinantes de saúde (as enfermidades padecidas, os estilos de vida, os accidentes), os determinantes sociais (o apoio de familiares e achegados), os factores laborais (as condicións do traballo desempeñado e o grao de satisfacción con ese traballo) e os elementos referidos ao nivel de desenvolvemento da sociedade na que vive e se relaciona o suxeito, e que virían determinados polos propios indicadores do estado de benestar.

De todos os factores relacionados coa calidade de vida, se cadra o que vai influenciar máis o grao de satisfacción da persoa será o referido aos aspectos da saúde, é dicir, a calidade de vida relacionada coa saúde (CVRS).

## 2. CALIDADE DE VIDA RELACIONADA COA SAÚDE

Cando nos referimos ao avellentamento do ser humano estamos referíndonos ao conxunto de cambios tanto fisiolóxicos como funcionais que se producen en relación co paso do tempo. Neste sentido poderíamos falar dun avellentamento normal ou fisiolóxico, que serían os cambios esperados en relación coa idade do individuo, e dun avellentamento patolóxico, que viría determinado pola acción sobre o individuo de axentes externos xeradores de morbilidade.

Rowe e Kahn (1987) estableceron a diferenza entre avellentamento normal (*usual aging*) e avellentamento satisfactorio ou saudable (*successful aging*), incluíndo neste unha baixa probabilidade de padecer enfermidades ou discapacidade, unha capacidade funcional física e cognitiva e o mantemento dunha vida activa na sociedade. Con isto pretendían contrarrestar a tendencia crecente en xerontoloxía de marcar unha distinción entre o patolóxico e o non patolóxico, é dicir, entre a poboación de maiores con enfermidades ou con algún tipo de discapacidade e a que non padece ningunha delas.

Aínda que é verdade que os grandes avances en diferentes campos incrementaron a esperanza de vida da poboación e xunto con ela os aspectos referidos á saúde, tamén o é que nunha poboación avellentada van aparecer con maior prevalencia as denominadas patoloxías idade-dependentes, é dicir, enfermidades cuxa incidencia se incrementa coa idade, como é o caso das enfermidades neurodexenerativas, e dentro delas as demencias e a enfermidade de Alzheimer.

As patoloxías idade-dependentes caracterízanse por ser de longa evolución (crónicas) e por xerar nos suxeitos afectados unha tendencia á perda da capacidade funcional ou da capacidade para realizar as actividades denominadas como da vida diaria (AVD) ou, o que é o mesmo, aquelas que lle permiten ao suxeito vivir independentemente. Outra característica de que as persoas maiores enfermen sería que presentan varias enfermidades de maneira concomitante (pluripatoloxía), xurdindo a necesidade de utilizar varios fármacos para controlalas (polifarmacia), xerando na maioría dos casos un equilibrio inestable que dá lugar á aparición do ancián fráxil.

Da fragilidade á dependencia ou á necesidade dun terceiro na realización das actividades da vida diaria o paso é inevitable. De aí que o 79,44% das persoas que solicitaron ser valoradas de acordo coa Lei da dependencia teñen unha idade  $\geq 65$  anos (táboa 3), inverténdose a tendencia de xénero: por baixo dos 65 anos o número de solicitantes do sexo masculino é superior ao do sexo feminino, mentres que cando nos referimos aos maiores de 65 anos, as mulleres (69,8%) superan amplamente os homes (30,2%) (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

**Táboa 4.-** Perfil da persoa solicitante segundo a idade e o sexo

GRUPO DE IDADE	HOMES	MULLERES	TOTAL	PORCENTAXE
0-64	173.879	155.695	329.574	20,56
65-79	145.150	274.343	419.493	26,17
80 e máis	238.823	614.961	853.784	53,26
≥65	383.973	889.304	1.273.277	79,44
TOTAL	557.852	1.044.990	1.602.851	100,00

FONTE: IMSERSO: *Datos de gestión del Servicio de Atención a la Dependencia (SAAD)*, 01/05/11.

A dependencia non adoita ser un estado ao que se chega de maneira repentina, senón que ten a súa orixe na deficiencia xeradora de discapacidade. A deficiencia é a anormalidade ou a perda dunha estrutura ou dunha función corporal, normalmente xerada a partir dun problema, considerando como tal calquera enfermidade, patoloxía intrínseca, desorde, interrupción ou interferencia nos procesos normais. A deficiencia pode xerar unha discapacidade que inclúe tanto as limitacións na capacidade para realizar actividades como as restricións na participación social, indicando os aspectos negativos da interacción entre o suxeito e o medio. Cando a discapacidade é de suficiente entidade e non pode ser compensada pola contorna accesible ou polos produtos de apoio (axudas técnicas), xorde a necesidade de que un terceiro o axude. Isto é a dependencia: a incapacidade para manexarse de maneira independente nas actividades de autocoidado que lle permitirían ao suxeito unha vida independente.

A *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia* (INE, 2008), realizada sobre un total de 96.000 fogares, 800 centros e 271.000 persoas, proporciónanos importantes datos relacionados, entre outros aspectos, coa situación da poboación española en relación coa percepción subxectiva das limitacións, das súas causas, do grao de severidade, das axudas recibidas, do estado de saúde, das prestacións socioeconómicas, da accesibilidade e das redes sociais. Centrándonos na discapacidade por xénero, o 32,6% dos homes e o 61,8% das mulleres por riba dos 65 anos presentan algún tipo de discapacidade, para un total do 48,3%. Outros datos que podemos obter desta enquisa son os seguintes: que hai unha maior incidencia da discapacidade canto maior sexa a idade referida, chegando a taxas do 75% en maiores de 90 anos; que as primeiras discapacidades que aparecen son as visuais e as auditivas; e tamén que as discapacidades que máis están aumentando son as relacionadas coa deterioración das funcións cognitivas e de comunicación e relación.

A discapacidade irá afectando a capacidade do suxeito para realizar as actividades da vida diaria: en primeiro lugar, as consideradas como máis complexas ou avanzadas, do tipo das de lecer e das relacións sociais; en segundo lugar, as instrumentais, como utilizar o teléfono ou manexar o diñeiro; e, por último, serán afectadas as básicas, é dicir, a capacidade para vestirse, asearse ou alimentarse.

A dependencia é o factor máis importante á hora de que o suxeito valore a súa calidade de vida, xa que dalgunha maneira pasa a xerar nel a necesidade dun apoio

por parte dun terceiro, que en moitos casos non está dispoñible e que sempre é limitador da súa propia autonomía. Cando unha persoa non é dependente –entendendo como tal que teña capacidade suficiente por si mesma ou mediante a utilización de produtos de apoio (bastón, andador, etc.)– poderá realizar as actividades da vida diaria cando o desexe ou cando o crea máis conveniente. Cando esa persoa necesita dun terceiro, as súas actividades virán determinadas pola dispoñibilidade dese terceiro, o que significa que xa non se pode levantar cando queira, senón cando poidan ou queiran os outros; que xa non se pode vestir cando queira, senón cando queiran ou poidan os outros, e así sucesivamente para cada unha das actividades nas que ese suxeito sexa dependente. Cómpre matizar que na xerontoloxía –ciencia que estuda o avellamento– a dependencia a consideramos sempre dun terceiro. Desta maneira entendemos que nun ambiente accesible e coa axuda de produtos de apoio específicos o suxeito non é dependente en sentido xerontolóxico, xa que non depende de ninguén (persoa física) para realizar o seu autocoidado e, polo tanto, podería vivir de maneira independente.

Outros aspectos relacionados coa calidade de vida nas persoas maiores refírense a distintos parámetros que dalgunha maneira tratan de establecer a conexión entre a esperanza de vida e as medidas de saúde. Así, teríamos a esperanza de vida en boa saúde, a esperanza de vida libre de enfermidades crónicas, a esperanza de vida libre de discapacidade ou, mesmo, a esperanza de vida libre de discapacidade para autocoidarse.

### 3. SAÚDE

A *Encuesta nacional de salud* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2006) recolle información acerca do estado da saúde, do medio ambiente, dos estilos de vida e das prácticas preventivas, así como da utilización dos servizos sanitarios. En termos xerais, o 70% da poboación española refire ter moi boa ou boa saúde (21,4% e 48,6%, respectivamente), sendo mellor valorada polos homes que polas mulleres (75,1% e 65%, respectivamente). Se unicamente nos referimos ás persoas maiores, consideran que teñen boa saúde o 54,4% dos homes, fronte ao 36,8% das mulleres no grupo de 65-74 anos, e o 41,6% dos homes fronte ao 29,1% das mulleres no grupo de maiores de 75 anos.

As mulleres viven máis tempo, pero reflicten unha percepción peor do estado de saúde cando, en principio e asemellando o incremento da esperanza de vida a unha maior supervivencia en mellores condicións, podería supoñerse que as mulleres deberían gozar dunha mellor saúde percibida, xa que se supón que chegan en mellores condicións á idade da vellez e que por iso viven máis tempo. Pero non é así, e a causa desta situación poderíamos buscala na propia enquisa da saúde, que nos ofrece datos tan evidentes como que os varóns realizan máis actividade física no seu tempo libre: o 75,1% no grupo de 65-74 anos, e o 67,2% no grupo de maiores de 75 anos, mentres que as mulleres a farían no 64,3% no primeiro grupo e no

47,2% no segundo grupo. Por outro lado, as mulleres presentan obesidade no 28,3% e no 22,8% dos casos segundo nos refiramos aos grupos de 65-74 anos e máis de 75 anos, fronte aos homes que presentan cifras máis baixas: o 25,5% e o 15,1%, respectivamente.

Outras circunstancias tamén van ter a súa repercusión na diferenza de xéneros sobre a percepción da saúde sendo, se cadra, unha delas as elevadas cifras de depresión na vellez. A depresión é un dos principais trastornos mentais nas persoas maiores. A prevalencia media de depresión maior sitúase preto do 1,8%, mentres que a prevalencia media de síntomas depresivos clinicamente significativos sen chegar a cumprir os criterios de depresión maior alcanza o 13,5%. Con todo, estes datos varían moito en función do tipo de poboación estudada, chegando mesmo a duplicarse a taxa en pacientes maiores institucionalizados (Beekman *et al.*, 1999). A depresión na vellez é unha síndrome multifactorial e moi complexa, que require ter en conta unha diversidade de factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais para poder realizar un diagnóstico correcto e un tratamento eficaz (Millán *et al.*, 2011).

#### 4. CALIDADE DE VIDA E OUTROS FACTORES

O estado de benestar é un concepto que ás veces substitúe ao de calidade de vida, e que engloba dous aspectos fundamentais: o *subxectivo* (hedónico), que estuda os afectos e o grao de satisfacción coa vida; e o *psicolóxico* (eudemónico), que estudaría o desenvolvemento do potencial humano en relación co funcionamento positivo da persoa. A esta división de benestar subxectivo e psicolóxico teríamos que engadir o chamado *benestar social*, que incluíría todos os aspectos que afectarían ao suxeito nas súas relacións sociais –a súa integración, a súa aceptación, a súa actualización e, por último, a súa coherencia social– (Richard *et al.*, 2011).

Ante todas as situacións negativas que con frecuencia afectan ás persoas maiores, ás veces sorprende que en xeral respondan que soen sentirse satisfeitos cando se lles pregunta polo seu benestar. Este feito –sen dúbida inexplicable para algúns, ou cando menos paradoxal– ten a súa base na capacidade do suxeito para adaptarse a esas situacións mantendo un equilibrio.

A calidade de vida relaciónase coa percepción de “felicidade”. É vostede feliz? Se a resposta é “si”, daquela podemos presupoñer que a súa calidade de vida é boa, xa que o contrario –a “infelicidade”– lle xeraría desasosego, malestar ou insatisfacción. A felicidade –entendida como a reflexión afectiva que se fai sobre o grao de satisfacción coa vida e que ás veces se expresa como a consecución daquilo que se anhela– contribuirá, sen dúbida, a ter unha boa calidade de vida. En xeral, existe acordo en sinalar que a felicidade se relaciona coa saúde e coa duración da vida. A xente máis feliz vive máis tempo.

Por outro lado, a satisfacción coa vida consiste nunha valoración global que a persoa fai da súa vida como un todo. Os resultados habituais dos estudos sobre a satisfacción vital mostran que moitas persoas se declaran satisfeitas coa súa vida,

con independencia dos problemas de saúde ou das enfermidades discapacitantes. Este fenómeno –que se coñece como o “paradoxo da discapacidade”– é máis habitual nas persoas maiores, aínda que se pode presentar a calquera idade. Unha persoa pode presentar discapacidade e referir que ten boa saúde, observándose así que o número das enfermidades non está relacionado coa percepción do estado de saúde, talvez porque a medida que avellentamos imos asumindo a posibilidade de que os cambios morfo-funcionais propios do avellentamento van dar lugar a pequenos achaques (dores articulares, estrinximento, caídas, etc.) que moitos maiores consideran como propios da vellez. Isto non debería de ser así, senón que deberían ser consultados e tratados, porque ningunha enfermidade é propia do avellentamento, xa que a vellez non é unha enfermidade, aínda que é certo que nas persoas maiores pode haber unha maior predisposición a enfermar.

Un concepto moi relacionado coa calidade de vida é o referido á “*resiliencia*” ou habilidade para utilizar os recursos propios –psicolóxicos ou doutro tipo– para adaptarse aos cambios que xera a vellez, aplicándose nos aspectos positivos e evitando os negativos –autocompaixón, ira, depresión– (Resnich, 2008). Evidentemente, ás persoas que avellentan con éxito se lles supón unha maior capacidade no uso das estratexias de afrontamento para axustar ou reformular aqueles aspectos que poden darlle sentido á vida, e onde pensar en positivo sería dunha grande axuda, como tamén o serían a autoestima, a autoeficacia, o optimismo ou, mesmo, as crenzas relixiosas como elemento clave á hora de atoparlle un sentido á vida (Jiménez, 2011).

A calidade de vida que se gozará na etapa da vellez será o resultado dunha serie de vivencias previas, experiencias, aprendizaxe, estados de saúde, accidentes e doutras moitas circunstancias, que farán que o modo en que sexamos capaces de afrontala sexa moi variable e non unicamente referido ao termo cronolóxico de idade. Suxeitos coa mesma idade chegarán a ela en diferentes circunstancias que farán que a perciban de diferente maneira. Por isto, as estratexias cara á consecución dun bo estado de calidade de vida percibido pasan polas propias da prevención da enfermidade e da promoción da saúde, xa que é obvio que unha persoa “sa” no seu máis amplo sentido de benestar bio-psicosocial e funcional terá máis garantías de afrontar a vellez con éxito que unha persoa que, froito do incremento da morbilidad ou da accidentabilidade, chegue á vellez nun estado delicado e reunindo todas as características para considerarse un ancián fráxil, isto é, con múltiples enfermidades –e a maioría delas crónicas– que fan necesaria a polimedicación e que no longo prazo xerarán dependencia.

Conseguir unha percepción subxectiva dun estado de benestar positivo non é un proceso que dependa unicamente do propio individuo, senón que vai estar influenciado por múltiples factores, desde o estado de desenvolvemento da sociedade na que nos tocou vivir, pasando pola organización socioeconómica e de saúde, ata chegar á rede de servizos e de apoios dispoñibles para actuar sobre as carencias do suxeito que non se sente a gusto.



“*O diñeiro non dá a felicidade, pero axuda a conseguila*”. Nas sociedades pobres a morbilidade e a mortalidade son maiores, diminuindo a esperanza de vida, tanto polos aspectos que repercuten sobre o propio individuo, carencia de recursos económicos, como polos propios da sociedade que o rodea e que basicamente non poden satisfacer as necesidades dese grupo de poboación.

Mellorar as condicións económicas dos nosos maiores mellorará, sen dúbida, a súa percepción do estado de benestar, pero xunto a isto teremos que conseguir unha sociedade máis xusta, que non os estigmatice e que aprecie neles a gran riqueza que almacenan. Os maiores sentiranse mellor se a sociedade os trata mellor.

Cómpre ter en conta que o concepto de persoa maior foi evolucionando dunha maneira moi rápida nas últimas décadas, e que o fixo paralelamente ao incremento do estado de benestar que, por suposto, inclúe o incremento da esperanza de vida. Isto significa que se a principios do século XX as persoas en España vivían de media uns corenta anos, na actualidade viven, como xa sinalamos con anterioridade, máis de oitenta anos. Por riba dos 65 anos, en Galicia aínda se viven de media outros vinte anos, e dez se se é maior de 80 anos. A vellez como tal xa non é un estado pasaxeiro ao que chegan moi poucos e que se acaba axiña. Todo o contrario; á vellez chegan case todos e permanecen nela durante un longo período de tempo, tan longo que xa supera o da nenez e adolescencia (0 a 18) e que vai camiño de alcanzar a metade da duración da etapa máis duradeira: a de ser adulto (18 a 65 anos).

Cunha duración media de máis de vinte anos e sendo a etapa final, a poboación ten que mentalizarse de que non se pode chegar a ela de calquera maneira, senón que a viviremos en plenitude se chegamos en plenitude, e que moitos dos factores que van influír en que así sexa dependen integramente de nós. Daquela, por que non vivimos de acordo cun estilo de vida saudable? Posiblemente porque é máis cómodo non facelo ou, se cadra, porque a vemos moi lonxe ou, quizais, porque o sistema de información que reciben os cidadáns non é o máis adecuado e os exemplos a seguir non sempre son os máis saudables.

## 5. VALORACIÓN DA CALIDADE DE VIDA

Avaliar e/ou valorar a calidade de vida con base en todas as variables que influen nela non é unha tarefa fácil. Existen diferentes protocolos e instrumentos que tratan de abarcar as variables que poden influenciala:

- Datos biomédicos: estado nutricional, fármacos consumidos, antecedentes persoais, hábitos tóxicos.
- Datos referidos á función física ou á capacidade funcional: actividades básicas da vida diaria, actividades instrumentais.
- Datos sociais: capacidade social do individuo, relacións familiares e sociais, actividades lúdicas e de lecer, redes dispoñibles de apoio informal e formal.
- Datos referidos á escala de valores do propio individuo.

A continuación referirémonos brevemente aos instrumentos de avaliación máis utilizados (Haywood *et al.*, 2006). Destes instrumentos, uns están centrados na incapacidade física e nas limitacións funcionais como o Nottingham Health Profile (Hunt *et al.*, 1981) ou o Functional Status Questionnaire (Jette *et al.*, 1986); outros céntranse na dimensión psíquica como o Psychological General Well Being Index (Dupuy, 1984), na dimensión social (Katz e Lyerly, 1963), en perfís de saúde (Ware *et al.*, 1992) ou en escalas mixtas.

O Nottingham Health Profile (Hunt *et al.*, 1981) –ou *perfil de saúde de Nottingham*– foi desenvolvido en Gran Bretaña para avaliar o efecto da enfermidade sobre o comportamento. Composto de dúas partes, a primeira consta de trinta e oito cuestións acerca de seis áreas relacionadas coa saúde –enerxía, dor, reaccións emocionais ou malestar psicolóxico, sono, illamento social e mobilidade física–, mentres que a segunda recolle información mediante sete preguntas sobre a repercusión do estado de saúde na capacidade do suxeito para realizar actividades –traballar, tarefas domésticas, participación social, relacións familiares, vida sexual, afeccións e intereses e vacacións–. As puntuacións obtidas en cada área da primeira parte indican o grao en que padece problemas de saúde nesa área concreta, reflectidos nunha escala que ten un percorrido que vai desde 0 (“ningún problema”) a 100 (“todos os problemas”). Na segunda parte indícanse cantas categorías das sete exploradas se ven afectadas polos seus problemas de saúde.

O Short-Form 36-Item Health Survey (Ware *et al.*, 1992) é unha enquisa de saúde deseñada polo Health Institute do New England Medical Center de Boston (Massachussets). Desta enquisa existe unha versión validada para a poboación española (Vilagut *et al.*, 2005), na que a partir de trinta e seis preguntas pretenden avaliarse oito conceptos xenéricos –función física, rol físico, dor corporal, saúde xeral, vitalidade, función social, rol emocional e saúde mental–, isto é, conceptos que non son específicos dunha patoloxía, dun grupo de tratamento ou dunha idade, detectando tanto estados positivos como negativos da saúde física e do estado emocional. Cómpre resaltar que a primeira cuestión incide directamente en cal é a impresión que o suxeito ten sobre a saúde: excelente, moi boa, boa, regular ou mala.

A Organización Mundial da Saúde efectúa a avaliación da calidade de vida a través do instrumento WHOQOL-100, elaborado polo Grupo World Health Organization Quality of Life (The WHOQOL Group, 1993), cunha versión abreviada (WHOQOL-BREF) que contén un total de vinte e seis preguntas. As vinte e catro primeiras cuestións refírense a cada unha das vinte e catro facetas contidas no WHOQOL-100 –saúde física, saúde psicolóxica, relacións sociais e ambiente–, ás que se engaden dúas preguntas: como puntúa a súa calidade de vida (de 1 a 5) e como está de satisfeito coa súa saúde. Cada ítem ten cinco opcións de resposta, que van desde 1 (“moi pobre ou nada”) ata 5 (“moi boa ou extremadamente”). Cómpre sinalar que o WHOQOL-Brief se validou en dezanove idiomas e que existe un rango para transformar a puntuación obtida pola escala WHOQOL-Brief e poder comparar os resultados coa escala WHOQOL-100.

## 6. CONCLUSIÓNS

Ao longo deste traballo tratamos de establecer algúns criterios que dalgunha maneira nos permitiran entender o concepto de calidade de vida aplicado ás persoas maiores. Sen dúbida, a tarefa é difícil, sobre todo pola gran variabilidade de elementos que incorpora e tamén pola gran diferenza que existe á hora de percibila por cada suxeito, que establecerá as súas prioridades de acordo coas súas propias vivencias.

Entendemos que na súa valoración ten máis peso a apreciación subxectiva, é dicir, o que percibe o individuo, que a valoración “obxectiva”, isto é, o que podemos pensar os demais –mesmo os profesionais– acerca do suxeito.

Creemos que aquel suxeito que vive nunhas condicións excelentes de saúde, acompañadas dunha contorna socioeconómica adecuada, debería de referir unha calidade de vida mellor que aquel que non goza desta situación; pero a percepción persoal, a nosa escala de valores, podería facer que variara esa valoración, xa que o que para un é importante para outro pode non selo.

Nas persoas maiores a saúde presenta un gran peso específico sobre a calidade de vida, xa que formando parte dela, neste grupo de idade hai máis tendencia a perdela. En todo caso, a posible asunción por parte do ancián das modificacións orgánicas con base no avellentamento podería mitigar en certa medida este aspecto.

Na avaliación da calidade de vida percibida, deberemos ter en conta as nosas ambicións, que é o que queremos para ser felices, debendo meditar sobre múltiples cuestións: é alcanzable o que queremos?, a felicidade está no que temos ou no que queremos?, sería máis feliz o que se conforma co que ten ou aquel que ten moito e que aínda quere máis? Todas estas cuestións poden servir para recapacitar e pensar que “*a calidade de vida é de cada un e, polo tanto, debes de buscala a través dos teus propios medios; telos ao alcance aínda que non os vexas*”.

## BIBLIOGRAFÍA

- BEEKMAN, A.T.; COPELAND, J.R.; PRINCE, M.J. (1999): “Review of Community Prevalence of Depression in Later Life”, *British Journal of Psychiatry*, 174, pp. 307-311.
- DUPUY, H.J. (1984): “The Psychological General Well-Being (PGWB)”, en N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg, J. Elinson e L. Jacq [ed.]: *Assessment of Quality of Life in Clinical Trial of Cardiovascular Therapies*, pp. 170-183. Shelton, CT: Le Jacq.
- ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2006): *Encuesta nacional de salud en España 2006*. ([http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta\\_nacional/encuesta2006.htm](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta_nacional/encuesta2006.htm)).
- HAYWOOD, K.L.; GARRATT, A.M.; FITZPATRICK, R. (2006): “Quality of Life in Older People: A Structured Review of Self-Assessed Health Instruments”, *Expert Review Pharmacoeconomics&Outcomes Research*, 6 (2), pp. 181-194.
- HUNT, S.M.; MCKENNA, S.P.; MCEWEN, J.; WILLIAMS, J.; PAPP, E. (1981): “The Nottingham Health Profile: Subjective Health Status and Medical Consultations”, *Social Science and Medicine*, 15, pp. 221-229.

- INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2011): *Estadísticas de sistema para la autonomía y la atención a la dependencia*. (<http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>).
- IGE (2009): *Esperanza de vida segundo sexo*. (<http://www.ige.eu/igebdt/selector.jsp?COD=632&paxina=001&c=0202001>). Instituto Galego de Estatística.
- INE (2008): *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008*. (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp418&file=inebase>). Instituto Nacional de Estadística.
- JETTE, A.M.; DAVIES, A.R.; CLEARY, P.D.; CALKINS, D.R.; RUBENSTEIN, L.V.; FINK, A.; KOSECOFF, J.; YOUNG, R.T.; BROOK, R.H.; DELBANCO, T.L. (1986): "The Functional Status Questionnaire: Reliability and Validity when Used in Primary Care", *Journal of General Internal Medicine*, 1 (3), pp. 143-149.
- JIMÉNEZ, G. (2011): "La resiliencia, el tesoro de las personas mayores", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46 (2), pp. 59-60.
- KATZ, M.M.; LYERLY, S.B. (1963): "Methods for Measuring Adjustment and Social Behavior in the Community: 1. Rationale, Description, Discriminative Validity, and Scale Development", *Psychological Reports*, 13, pp. 503-535.
- MILLÁN, J.C. *et al.* (2011). "Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores: revisión de la literatura", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46 (1), pp. 30-35.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002): "Envejecimiento activo: un marco político", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2 (37(S2)), pp. 74-105.
- RESNICH, B. (2008): "Resilience in Aging: The Real Experts", *Geriatric Nursing*, 29, pp. 85-86.
- RICHARD, M.; CABRERO, J.; CABAÑERO, M.J.; REIG, A. (2011): "Calidad de vida en la vejez", en J.C. Millán Calenti: *Gerontología y Geriatria. Valoración e Intervención*, pp. 617-640. Madrid: Médica Panamericana.
- ROWE, J.; KAHN, R. (1987): "Human Aging: Usual and Successful", *Science*, 237, pp. 143-149.
- THE WHOQOL GROUP (1993): "Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL)", *Quality of Life Research*, 2, pp. 153-159.
- THE WHOQOL GROUP (1996): "What Quality of Life?", *World Health Forum*, 17, pp. 354-355.
- VILAGUT, G.; FERRER, M.; RAJMIL, L.; REBOLLO, P.; PERMANYER, G.; QUINTANA, J.M. *et al.* (2005): "El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos", *Gaceta Sanitaria*, 5 (2), pp. 135-150.
- WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. (1992): "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)", *Medical*.