

Cómo afrontar el envejecimiento de forma saludable: cambios y oportunidades

Temática: promoción y prevención.

Aporte a la disciplina: el creciente envejecimiento poblacional plantea a los profesionales de la salud, en especial a la enfermería comunitaria, la necesidad de conocer y potenciar los factores que inciden en el bienestar y el desarrollo positivo de las personas mayores. El presente estudio proporciona una imagen fiel de las necesidades e intereses formativos percibidos por las personas adultas mayores de Mataró. A partir de los resultados, se pueden diseñar, por parte de la enfermería, intervenciones que puedan ser implementadas desde los centros de atención primaria, basadas en los intereses de la población a la que van dirigidas, con una mayor garantía de que mejoren el seguimiento de las pautas de salud y la calidad de vida para afrontar el envejecimiento de forma más saludable.

RESUMEN

Objetivo: conocer las características sociodemográficas de las personas adultas mayores (60-70 años) de la población de Mataró (Barcelona) y su relación con el grado de conocimientos y las necesidades formativas percibidas para afrontar un envejecimiento saludable. **Materiales y método:** estudio observacional descriptivo transversal en una muestra de 306 personas. Se valoraron datos sociodemográficos y variables relacionadas con el tiempo libre, el estado de salud, la formación, los intereses formativos y la predisposición a realizar un curso sobre envejecimiento. **Resultados:** el 60 % de los encuestados mostró interés en recibir formación sobre hábitos saludables (59,1 %), dieta adecuada (62,0 %), ejercicio físico (59,6 %), limitaciones futuras (62,6 %), por qué envejecemos (61,0 %), enfermedades frecuentes en la tercera edad (62,5 %), uso de medicamentos (66,1 %), uso del sistema sanitario (61,9 %), recursos sociales (70,0 %), nuevas tecnologías (64,0 %), cuidado de las personas enfermas (60,5 %) y aspectos de seguridad (61,6 %). **Conclusiones:** existe la necesidad de recibir formación, entre la población adulta mayor, para afrontar el envejecimiento saludablemente. Así, es preciso tener un conocimiento amplio sobre las posibles limitaciones causadas por el envejecimiento, el uso de medicamentos, el funcionamiento del sistema sanitario, el acceso a los recursos sociales, las nuevas tecnologías, el cuidado de los familiares enfermos y hábitos de vida saludables.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Envejecimiento; jubilación; salud; hábitos; estilo de vida saludable; capacitación; conocimiento.

DOI: 10.5294/aqui.2019.19.1.5

Para citar este artículo / Para citar este artículo / To reference this article

Chacón C, Bartolomé M, Font S, Cabrera E. How to Undertake Aging in a Healthy Way: Changes and Opportunities. Aquichan; 19(1): e1915. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.1.5

- 1 orcid.org/0000-0001-8524-6189. Escuela Superior de Ciencias de la Salud, Universidad Pompeu Fabra, España. cchacon@escs.tecnocampus.cat
- 2 orcid.org/0000-0002-9802-3811. Consorci Sanitari del Maresme, España. mbartolome@cscdm.cat
- 3 orcid.org/0000-0003-0056-0457. Consorci Sanitari del Maresme, España. sfont@cscdm.cat
- 4 orcid.org/0000-0002-7353-0542. Escuela Superior de Ciencias de la Salud, Universidad Pompeu Fabra, España. ecabrera@tecnocampus.cat

Recibido: 23/10/2018
Enviado a pares: 05/11/2018
Aceptado por pares: 06/12/2018
Aprobado: 10/01/2019

How to Undertake Aging in a Healthy Way: Changes and Opportunities

ABSTRACT

Objective: To know the socio-demographic characteristics of the elderly adults (60-70 years), of the population of Mataró (Barcelona), and their relationship with the knowledge degree and training needs perceived to face a healthy aging. **Materials and methods:** Descriptive observational cross-sectional study in which a sample of 306 people was analysed. Socio-demographic data and variables related to leisure activities, health status, training, formative needs and predisposition to take a course on aging were evaluated. **Results:** About a 60 % of the respondents showed interest in receiving training about; healthy habits (59,1 %), proper diet (62,0 %), work out (59,6 %), future limitations (62,6 %), why we grow old (61,0 %), frequent illnesses in the elderly (62,5 %), use of medication (66,1 %), use of the health system (61,9 %), social resources (70,0 %), new technologies (64,0 %), care of sick people (60,5 %), and security aspects (61,6 %). **Conclusions:** There is a need to receive training among the elderly adult population in order to cope with aging in a healthier way. The main needs perceived by the elderly are: Healthy habits, possible future limitations due to the aging process, use of medication, functioning of the health system and access to social resources, new technologies and, finally, caring for sick relatives.

KEY WORDS (SOURCE: DECS)

Aging; retirement; health; habits; healthy lifestyle; training; knowledge.

Como encarar o envelhecimento de forma saudável: mudanças e oportunidades

RESUMO

Objetivo: conhecer as características sociodemográficas das pessoas idosas (60-70 anos) da população de Mataró (Barcelona) e sua relação com o grau de conhecimentos e com as necessidades formativas percebidas para encarar um envelhecimento saudável. **Materiais e método:** estudo observacional descritivo transversal com uma amostra de 306 pessoas. Dados sociodemográficos e variáveis relacionadas com o tempo livre, o estado de saúde, a formação, os interesses formativos e a predisposição a fazer um curso sobre envelhecimento foram avaliados. **Resultados:** 60 % dos entrevistados demonstrou interesse em receber formação sobre hábitos saudáveis (59,1 %), dieta adequada (62 %), exercício físico (59,6 %), limitações futuras (62,6 %), motivos do envelhecimento (61 %), doenças frequentes na terceira idade (62,5 %), uso de medicamentos (66,1 %), uso do sistema sanitário (61,9 %), recursos sociais (70 %), novas tecnologias (64 %), cuidado de pessoas doentes (60,5 %) e aspectos de segurança (61,6 %). **Conclusões:** entre a população idosa, existe a necessidade de receber formação para encarar o envelhecimento saudável. Assim, é preciso ter um conhecimento amplo sobre as possíveis limitações causadas pelo envelhecimento, pelo uso de medicamentos, pelo funcionamento do sistema sanitário, pelo acesso aos recursos sociais, pelas novas tecnologias, pelo cuidado dos familiares doentes e pelos hábitos de vida saudável.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Envelhecimento; aposentadoria; saúde; hábitos; estilo de vida saudável; capacitação; conhecimento.

Introducción

El envejecimiento es un proceso de transformación fisiológico e inherente al ser humano, y evoluciona de manera distinta en cada persona. Se considera un cambio importante en su vida porque altera sus rutinas diarias y afecta su propia percepción y sus comportamientos relacionados con la salud (1, 2). El mundo está experimentando una transformación demográfica: el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad están provocando una inversión de la pirámide poblacional (2, 3). Actualmente, la sociedad española presenta una de las esperanzas de vida más elevadas del mundo: 82,87 años (4).

Durante el envejecimiento, las tasas de dependencia, la discapacidad y las enfermedades crónicas se incrementan, lo cual ocasiona un mayor gasto de recursos sociales y sanitarios (5). Además de las consecuencias físicas, existen cambios que pueden influir significativamente en la calidad de vida de las personas mayores, como lo es el cese de la actividad laboral, la jubilación.

La jubilación marca un punto de inflexión en la vida de las personas, ya que constituye una transición que las impulsa a asumir un nuevo rol en la vida. A pesar de esto, muchos se encuentran inmersos en esta etapa, sin haberse planteado su significado ni la mejor manera de afrontarla (6, 7). La jubilación desafía a las personas a aprender a ocupar, de forma satisfactoria, significativa y saludable, el tiempo del que disponen (8). Por ello, este momento resulta un espacio ideal para brindar a los adultos mayores (9) herramientas de intervención que les permitan un buen envejecimiento (10).

El envejecimiento saludable se basa en fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar durante la vejez (2). Sin embargo, un elevado porcentaje de personas comienza esta etapa asumiendo cargas excesivas que pueden perjudicar su salud y calidad de vida (11, 12, 13): por un lado, el cuidado de los nietos, de los padres y, cada vez más, de las parejas (9, 10); por el otro, el creciente número de personas mayores que viven solas y cuidan de sí mismas (11, 12). Ante este escenario, se plantea la necesidad de realizar cambios en nuestro sistema asistencial, coordinando los servicios de salud y los servicios sociales para lograr abordar, de manera integral, efectiva y sostenible, un envejecimiento saludable.

Los profesionales de la salud tenemos la oportunidad y la responsabilidad de dar respuesta a esta nueva situación al potenciar

la labor preventiva, especialmente la del profesional de enfermería de atención primaria, que tiene asignada la labor de salud comunitaria. Ayudar a los adultos mayores a planificar la vejez, teniendo en cuenta la prevención terciaria y las situaciones de pérdida funcional y de autonomía que se generan al padecer una enfermedad crónica puede ayudar a fomentar un envejecimiento saludable (14, 15). Existen intervenciones documentadas generadas a partir de la experiencia en enfermería para fomentar el envejecimiento saludable (16, 17), pero, en nuestro entorno, no se han identificado estudios que describan cuáles son los temas que preocupan o que creen que les resultaría útil abordar a los adultos mayores jóvenes. Esto es lo que en nuestro estudio hemos definido como *necesidades formativas*.

El creciente envejecimiento poblacional al que actualmente nos enfrentamos está ejerciendo una gran presión sobre los sistemas sociales y de salud (18, 19). Por ello, es necesario conocer las necesidades de los adultos mayores y encontrar respuestas que les permitan mantener su autonomía, independencia funcional y calidad de vida durante el mayor tiempo posible (20).

El objetivo principal de este estudio fue conocer las características sociodemográficas de las personas adultas mayores jóvenes (60-70 años) de la población de Mataró (Barcelona) y su relación con el grado de conocimientos y las necesidades formativas percibidas para afrontar un envejecimiento saludable.

Materiales y método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal realizado en los centros de atención primaria (CAP), Cirera-Molinos, Gatassa, Mataró-Centro, Riera, Ronda Cerdaña y Ronda Prim, de la ciudad de Mataró (Barcelona), que abarca una población de 124.280 habitantes (19), de los cuales 12.309 tienen entre 60 y 70 años (el 47 % son hombres y el 53 % mujeres) (20). El estudio inició en mayo de 2016 y finalizó en mayo de 2017.

Población y muestra

La población de estudio fueron las personas mayores de la ciudad de Mataró. Los criterios de inclusión fueron: tener entre 60 y 70 años de edad, estar empadronado en la ciudad de Mataró y ser capaz de responder a la encuesta de forma autónoma. Los crite-

rios de exclusión fueron: estar incluido en el programa de atención domiciliaria (ATDOM), estar ingresado en algún centro sociosanitario o residencial o no entender el catalán o el castellano.

La muestra fue seleccionada mediante muestreo aleatorio a partir del censo de la población asignada a cada centro, estimando obtener un tamaño muestral de 300 personas. Para el tamaño de la muestra, se estableció un nivel de confianza del 95 %, y se presentó una matriz cuyo eje *x* presenta la potencia (80 a 95) y correlaciones esperadas entre 0,1 y 0,5. Se calculó un tamaño muestral, como mínimo, de 244 sujetos, con una potencia de 95 y una correlación esperada de 0,1. El número final de sujetos encuestados fue 306.

El equipo investigador fue el responsable de contactar con las personas seleccionadas; a cada sujeto se le pidió su participación mediante una llamada telefónica. En el caso de que el paciente seleccionado no cumpliera los criterios de inclusión o no quisiera participar en el estudio, se elegía al siguiente de la lista, y así sucesivamente.

Variables de estudio

Las principales variables analizadas fueron el grado de conocimiento autopercebido y las necesidades o intereses formativos, además de la ocupación del tiempo libre, el estado de salud, la toma de medicación habitual y los antecedentes patológicos. Las variables sociodemográficas que se tuvieron en cuenta fueron la edad, el sexo, el país de nacimiento, el estado civil, el barrio de residencia, el centro de salud de referencia, el nivel máximo de estudios alcanzado, la situación laboral, la ocupación, la situación familiar y la cifra aproximada de ingresos mensuales del hogar.

Instrumentos de medida

Para la compilación de los datos, se utilizó el Cuestionario sobre Envejecimiento Saludable (CES), elaborado *ad hoc* por un equipo de expertos del ámbito de la geriatría y la atención primaria de salud. El CES está dirigido a la población adulta mayor joven (60-70 años) y consta de 139 ítems. El cuestionario evalúa datos demográficos (que incluyen edad, sexo, país de origen, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, situación familiar y nivel de ingresos económicos), ocupación del tiempo libre (actividades realizadas de forma regular, como el cuidado de los nietos, tiempo dedicado a

ellos y cuidado del familiar enfermo), estado de salud (incluye dos ítems que hacen referencia al estado de salud general: uno de ellos tiene opción de respuesta tipo Likert de cinco opciones; el segundo ítem es una Escala Visual Análoga (EVA) vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En ella, el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy. También incluye cuatro ítems más sobre enfermedades crónicas, fármacos habituales, grado de autonomía y percepción del envejecimiento, manejo de las nuevas tecnologías (apartado que consta de cuatro ítems con opción de respuesta dicotómica) y, por último, formación y necesidades formativas (incluye 112 ítems con opción de respuesta tipo Likert de cuatro opciones cada una).

El CES mide seis dimensiones de conocimiento y necesidades formativas: aspectos de salud, aspectos sociales, aspectos espirituales, aspectos legales y económicos y aspectos de ocio. Para calcular los resultados por dimensiones, se codificaron los ítems del 0 al 3, donde 0 equivalía a nada, 1 a poco, 2 a bastante, y 3 a mucho. Se sumaron los ítems totales de una misma dimensión, se dividieron por la máxima puntuación posible dentro de aquella y se multiplicó el total por 10, de forma que cada dimensión quedó puntuada del 0 a 10 para facilitar la comparación de las medias. La primera versión del CES fue pilotada en un grupo de 14 personas que cumplían con los criterios de inclusión del estudio. Todas ellas aportaron comentarios sobre el cuestionario, a través de un formulario. Con ello se concluyó que la encuesta no podía ser telefónica, por su longitud, y que podía ser autoadministrada. La versión final fue validada por profesionales de la salud y del ámbito social, junto con el equipo investigador.

Recogida de datos

Los sujetos acudieron a los distintos centros de salud de la ciudad, citados telefónicamente desde su centro de salud. El cuestionario fue cumplimentado de manera autoadministrada y bajo la supervisión de dos miembros del equipo investigador. La cumplimentación del cuestionario se realizó en grupos de entre 5 y 10 personas y tuvo una duración de 20 minutos, aproximadamente.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas,

y con distribución de frecuencias para las cualitativas. Se estableció el nivel de significación estadística en un p -valor $< 0,05$. Las comparaciones entre variables categóricas se llevaron a cabo mediante el test de Chi-cuadrado, y las continuas, con T-Student o sus equivalentes no paramétricas. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS Statistics Versión 14.0.

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo de conformidad con los artículos pertenecientes a la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, aprobada por la Sexagésima Cuarta Asamblea Médica Mundial en 2013. Se obtuvo el permiso del Comité de Ética de Investigación Clínica del Consorcio Sanitario de Maresme y del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol) para su realización (versión 6 del 16/03/2016). Sobre su participación voluntaria, se obtuvo el consentimiento informado de todos los individuos: recibieron una hoja informativa en la que se les explicaban los objetivos del estudio y en qué consistía.

Resultados

Se obtuvieron los datos de un total de 306 sujetos: el 52,1 % de ellos eran hombres, y el 47,9 %, mujeres, con una edad media de 64,4 años ($DS \pm 3,19$). El 77,6 % estaban casados o emparejados, el 12,5 % vivían solos, y el 28 % se ocupaba del cuidado de una persona enferma, generalmente de los padres. El 21 % no tenía estudios frente al 78 % que sí tenía (primarios [52 %] o secundarios [26 %]). La alfabetización digital resultó ser mayoritaria: el 62,8 % los participantes afirmaron tener destrezas en el uso de internet. En cuanto a su situación laboral, el 81,10 % ya no trabajaba; el 65,60 % dedicaba tiempo a realizar actividades como el deporte o el baile (48,8 %), el voluntariado (20,8 %), el arte o la música (8,9 %), entre otras, y el 19,0 % se ocupaba de sus nietos como única actividad. El 56,5 % de los participantes presentó un buen estado de salud y reflejó una puntuación media de 71,3 ($DS \pm 18,8$) sobre los 100 puntos posibles. Aun así, la mayoría sufría alguna enfermedad crónica (83,6 %) y tomaba una media de 2,94 fármacos al día (por persona).

Respecto a su envejecimiento, el 73,1 % manifestó su aceptación frente al hecho de envejecer, mientras que el 26,9 % sentía miedo, pereza o preocupación hacia dicho proceso.

En la tabla 1 se puede observar el porcentaje de alto grado de conocimiento autopercibido y de interés formativo de los participantes respecto a los diferentes temas planteados, entendiendo como *alto grado de conocimiento* o de *interés formativo* cuando el sujeto respondió “mucho” o “bastante” en los distintos ítems.

La mayoría de los participantes afirmaron tener un alto grado de conocimiento en cuanto a los aspectos relacionados con los hábitos de vida (70,6 %), la dieta adecuada (64,2 %), el ejercicio físico (70,2 %), las posibles limitaciones futuras (67,3 %), las barreras arquitectónicas (64,5 %) y el testamento vital (68,2 %).

Por otro lado, alrededor del 60 % de los encuestados mostró interés en recibir formación acerca de diferentes aspectos relacionados con los hábitos de vida saludables (59,3 %), la dieta adecuada (62,2 %), el ejercicio físico (59,7 %), las posibles limitaciones futuras (62,7 %), cuestiones relacionadas con el envejecimiento (61,1 %), las enfermedades frecuentes en la tercera edad (62,6 %), la toma de los medicamentos (66,2 %), el uso del sistema sanitario (61,9 %), los recursos sociales (70,1 %), las nuevas tecnologías (64,2 %), el cuidado de personas enfermas (60,5 %) y los aspectos de seguridad (61,7 %). Además, mientras que solo el 28,5 % de los sujetos encuestados había realizado algún curso formativo en los últimos cinco años, el 50,7 % de ellos afirma que realizaría un curso formativo sobre algunos de los aspectos anteriores. Cabe destacar que los aspectos espirituales, legales, económicos y de ocio son los que menos interés despiertan entre la población estudiada.

En la tabla 2 se presentan los resultados correspondientes a la relación entre el grado de conocimiento autopercibido y los aspectos sociodemográficos. Se obtuvo que un bajo nivel de estudios (hasta primaria) se relaciona con un menor grado de conocimiento, siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0,001$) en todos los aspectos, menos en el ocio, donde se mantiene la tendencia de forma no significativa ($p=0,059$). Así mismo, en la mayoría de los aspectos, los hombres mostraron, discretamente, un mayor grado de conocimiento, siendo esta tendencia estadísticamente significativa tan solo en el caso de los aspectos económico-legales ($p=0,005$). También encontramos una asociación entre menores ingresos económicos y menor conocimiento, siendo esta relación significativa en aspectos de salud ($p=0,003$) y en aspectos económicos ($p=0,013$). No se encontró asociación entre el grado de conocimiento y la situación laboral, el estado civil y la situación familiar.

Tabla 1. Porcentaje de alto grado de conocimiento autopercibido e intereses formativos de los participantes (n=306) en Mataró (Barcelona) España

	Porcentaje que manifiesta tener mucho o bastante conocimiento autopercibido	Porcentaje que tiene mucho o bastante interés en recibir formación sobre este tema
Aspectos de salud		
¿Conoce los hábitos de vida saludables para una persona mayor?	70,6	59,3
¿Conoce cuál es la dieta adecuada para una persona mayor?	64,2	62,2
¿Sabe qué ejercicio físico es recomendable a su edad?	70,2	59,7
¿Sabe cuáles son las posibles limitaciones futuras que puede tener por el hecho de envejecer?	67,3	62,7
¿Sabe por qué envejecemos y qué factores intervienen en ello?	52,6	61,1
¿Cree que tiene información sobre sexualidad en gente mayor?	34,5	46,2
¿Conoce cuáles son las enfermedades más frecuentes en la tercera edad y cómo se comportan?	52,3	62,6
¿Sabe qué cambia en relación a los medicamentos en la tercera edad?	22,0	66,2
¿Qué conocimiento tiene de cómo hay que utilizar el sistema sanitario?	59,4	61,9
Aspectos sociales		
¿Cómo considera que conoce los recursos y ayudas sociales para gente mayor?	26,7	70,1
¿Qué conocimiento tiene sobre barreras arquitectónicas?	64,5	53,8
¿Sabe cómo le pueden ayudar las nuevas tecnologías?	32,1	64,2
¿Cree que está preparado para el cambio de rol familiar que supone la tercera edad?	55,3	56,1
¿Sabe cómo cuidar de una persona enferma?	46,7	60,5
¿Conoce aspectos de seguridad en gente mayor? ¿Sabe cómo evitar riesgos?	53,3	61,7
¿Sabe formas de conocer gente de su edad?	48,3	41,4
Aspectos espirituales		
¿Le interesa la reflexión sobre la dimensión trascendental o espiritual de la vida?	31,2	28,5
En la tercera edad, a menudo se hace una revisión del propio proyecto de vida. ¿Cómo cree que se encuentra de preparado para hacerla?	49,5	45,5
¿Se siente preparado para afrontar la muerte?	47,5	41,1
Aspectos legales y económicos		
¿Cómo valora su conocimiento sobre hacer testamento y temas de herencia?	68,2	45,3
¿Conoce el documento de voluntades anticipadas?	48,3	53,0
Al jubilarse, a menudo se ven disminuidos los ingresos familiares, ¿cree que sabrá adaptarse a vivir con menos dinero?	84,0	43,8
Si fuese el caso, ¿sabría cómo invertir su dinero?	55,7	37,5
¿Tiene conocimientos sobre avales, hipotecas y otros asuntos bancarios?	52,9	33,3
Aspectos de ocio		
¿Qué grado de conocimiento tiene sobre actividades de voluntariado que puede hacer la gente mayor?	35,7	46,9
¿Qué información tiene sobre estudios dirigidos a la gente mayor?	20,3	46,1
¿Sabe dónde encontrar ofertas de ocio y promociones para gente mayor?	37,2	51,2
¿Conoce aspectos sobre viajar en la tercera edad?	40,9	56,8

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Relación entre el grado de conocimiento autopercibido y los aspectos sociodemográficos (n=306) en Mataró (Barcelona) España

Conocimiento autopercibido	Aspectos de salud		Aspectos sociales		Aspectos espirituales		Aspectos legales y económicos		Aspectos de ocio	
	x (±DS)	P-valor	x (±DS)	P-valor	x (±DS)	P-valor	x (±DS)	P-valor	x (±DS)	P-valor
Sexo										
Hombre	5,09 (1,68)	0,956	4,74 (1,64)	0,951	4,24 (1,89)	0,663	5,83 (2,04)	0,005	3,94 (1,90)	0,277
Mujer	4,99 (1,81)		4,73 (1,72)		4,41 (2,19)		5,12 (2,21)		3,67 (2,24)	
Nivel de estudios										
Sin estudios	4,24 (1,90)	0,000	4,19 (1,81)	0,001	3,67 (2,16)	0,001	4,57 (2,07)	0,000	3,39 (1,91)	0,059
Con estudios	5,32 (1,60)		4,92 (1,57)		4,52 (1,94)		5,81 (2,07)		3,96 (2,11)	
Situación laboral										
Activo	5,09 (1,56)	0,620	4,65 (1,64)	0,803	4,57 (1,80)	0,744	5,91 (1,90)	0,101	3,29 (1,69)	0,052
En paro	4,84 (1,68)		5,01 (1,54)		4,41 (2,21)		4,94 (2,06)		3,40 (2,44)	
Jubilado	5,09 (1,77)		4,70 (1,70)		4,27 (2,05)		5,59 (2,17)		4,01 (2,06)	
No ha trabajado	4,95 (2,11)		4,76 (1,90)		4,11 (2,28)		4,93 (2,25)		4,25 (2,29)	
Estado civil										
Emparejado o casado	5,10 (1,69)	0,248	4,71 (1,65)	0,651	4,23 (1,93)	0,268	5,50 (2,10)	0,626	3,84 (2,01)	0,670
Soltero, viudo, separado o divorciado	4,86 (1,90)		4,81 (1,77)		4,71 (2,31)		5,60 (2,22)		3,72 (2,31)	
Situación familiar										
No vive solo	5,05 (1,70)	0,985	4,74 (1,66)	0,638	4,22 (1,97)	0,133	5,49 (2,13)	0,488	3,90 (2,04)	0,090
Vive solo	5,05 (2,00)		4,70 (1,80)		5,11 (2,32)		5,70 (2,14)		3,26 (2,28)	
Ingresos mensuales										
≤1000	4,42 (1,87)	0,003	4,28 (1,73)	0,168	3,96 (2,02)	0,638	4,70 (2,19)	0,013	3,36 (2,23)	0,334
1001-2500	4,93 (1,74)		4,60 (1,76)		3,97 (2,10)		5,49 (2,05)		3,59 (1,96)	
≥2500	5,83 (1,45)		4,76 (1,49)		4,20 (1,89)		6,11 (1,97)		4,17 (2,04)	

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se muestra la relación entre los intereses formativos y los aspectos sociodemográficos. Se observó una clara tendencia a un mayor interés formativo por parte del sexo femenino que del masculino en todos los aspectos estudiados, siendo esta significativa en aspectos de salud (p=0,014), aspectos espirituales (p=0,021) y aspectos de ocio (p=0,038).

Aunque en todos los aspectos el mayor nivel de estudios se relacionó con un mayor interés formativo, solo se encontró significación estadística en los aspectos espirituales (p=0,040).

Respecto al estado civil y a la situación familiar, se encontró que las personas que no tenían pareja o que vivían solas muestra-

ron un mayor interés formativo, siendo significativo en aspectos de ocio (p=0,02 y p=0,018). Además, se observó una tendencia a un mayor interés formativo por parte de los jubilados frente al resto de situaciones laborales, y por parte de aquellos que reciben ingresos medios (1000-2500) frente a aquellos que tienen ingresos menores y mayores, pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas en estos casos.

Discusión

El propósito del presente estudio fue conocer las características sociodemográficas de las personas adultas mayores jóvenes (60-70 años) de la población de Mataró (Barcelona), así como la

Tabla 3. Relación entre los intereses formativos y los aspectos sociodemográficos (n=306) en Mataró (Barcelona) España

Intereses formativos	Aspectos de salud		Aspectos sociales		Aspectos espirituales		Aspectos legales y económicos		Aspectos de ocio	
	x (±DS)	P-valor	x (±DS)	P-valor	x (±DS)	P-valor	x (±DS)	P-valor	x (±DS)	P-valor
Sexo										
Hombre	5,14 (2,52)	0,014	5,16 (2,39)	0,095	3,49 (2,62)	0,021	5,41 (3,57)	0,137	4,58 (2,50)	0,038
Mujer	5,89 (2,70)		5,56 (2,82)		4,32 (3,04)		6,07 (3,88)		5,17 (2,84)	
Nivel de estudios										
Sin estudios	4,85 (3,07)	0,067	4,80 (2,95)	0,183	3,35 (3,01)	0,040	5,14 (3,91)	0,135	4,33 (2,73)	0,097
Con estudios	5,72 (2,46)		5,53 (2,45)		4,08 (2,79)		5,92 (3,66)		5,00 (2,63)	
Situación laboral										
Activo	5,35 (2,57)	0,071	5,26 (2,78)	0,113	3,63 (2,59)	0,256	5,76 (3,48)	0,241	4,80 (2,46)	0,276
En paro	5,46 (2,76)		5,08 (2,89)		3,83 (2,94)		6,16 (4,34)			
Jubilado	5,73 (2,59)		5,59 (2,50)		4,12 (2,90)		5,86 (3,69)			
No ha trabajado	4,26 (2,48)		4,26 (2,02)		2,83 (2,76)		4,16 (3,04)			
Estado civil										
Emparejado o casado	5,41 (2,70)	0,284	5,25 (2,61)	0,172	3,81 (2,86)	0,336	5,57 (3,74)	0,135	4,60 (2,65)	0,002
Soltero, viudo, separado o divorciado	5,88 (2,27)		5,71 (2,56)		4,19 (2,82)		6,36 (3,58)		5,77 (2,63)	
Situación familiar										
No vive solo	5,53 (2,63)	0,900	5,36 (2,60)	0,845	3,86 (2,85)	0,374	5,67 (3,77)	0,348	4,73 (2,69)	0,018
Vive solo	5,53 (2,47)		5,47 (2,50)		4,26 (2,78)		6,31 (3,27)		5,91 (2,25)	
Ingresos mensuales										
≤1000	5,09 (2,87)	0,811	5,13 (2,72)	0,553	3,64 (2,76)	0,305	5,52 (3,78)	0,372	4,68 (2,75)	0,253
1001-2500	5,34 (2,78)		5,24 (2,79)		3,70 (2,86)		6,63 (3,87)		4,59 (2,63)	
≥2500	5,05 (2,76)		4,65 (1,98)		2,59 (2,02)		4,29 (2,97)		3,61 (2,37)	

Fuente: elaboración propia.

relación con sus conocimientos y necesidades formativas percibidas sobre aspectos relacionados con el afrontamiento de un envejecimiento saludable.

Los resultados obtenidos muestran que existe una expresa necesidad de formación en este sector de la población. Este estudio ha permitido conocer que al envejecer, las personas perciben tener la necesidad de saber más sobre hábitos de vida saludables y las posibles limitaciones futuras en el proceso de envejecimiento, especialmente cómo afrontar el cuidado de un ser querido. Por otro lado, les gustaría conocer y disponer de más recursos sociales y tecnológicos. Ya un informe del Ministerio de Sanidad Español (IMSERO, 2002) y la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA, 2017) mostraron que, para las personas mayores, los aspectos de

mayor satisfacción en sus vidas son su salud, su forma física, el tiempo libre del que disponen y su estilo de vida (21, 22).

Las características de la muestra son similares a estudios ya realizados en la población catalana (23); es significativo que más de la mitad de los participantes refieren tener una buena salud y que la media de aquellos puntúe su estado de salud autopercebida con 71,3 puntos. Esto demuestra que las personas perciben su estado de salud como bueno mientras este les permita seguir realizando sus actividades diarias de manera autónoma (22, 24). Asimismo, los resultados son similares a los datos obtenidos en 2017 en la población de Catalunya (21). También es interesante observar la alfabetización digital de los participantes, que, en su mayoría, manifiestan manejarse bien en internet.

Respecto al conocimiento autopercebido, los hombres afirmaron tener más conocimiento de los aspectos legales y económicos que las mujeres. En un estudio que analizó las diferencias entre hombres y mujeres mayores en cuanto a aspectos cognitivos y de calidad de vida, se observó que existían diferencias entre ambos géneros, pues los hombres tenían una mejor salud subjetiva que las mujeres (25). No obstante, en nuestro estudio, obtuvimos resultados similares entre ambos sexos en el resto de las dimensiones de la escala. Por otro lado, el nivel de estudios resultó ser significativo en todos los aspectos de la encuesta: un nivel de estudios más elevado implica un mayor grado de conocimiento autopercebido. En este aspecto, se corrobora el estudio de Navarro *et al.* (25), que encontró que el nivel educativo era el mayor determinante de variabilidad respecto a la calidad de vida en los mayores, muy por encima de las diferencias explicadas por la edad o el sexo de los participantes (25). Por otra parte, se observó que el nivel de ingresos mensuales estaba relacionado con el conocimiento percibido en los aspectos de salud y económico-legales, siendo el grado de conocimiento mayor en las personas con los ingresos más altos. Aguilar-Palacio *et al.* (26) presentó unos resultados similares, en los que concluyó que existían diferencias en cuanto a la salud y la utilización de los servicios sanitarios en personas mayores, según su clase social. Por ello, resulta necesario asegurar la accesibilidad y la equidad de los servicios sanitarios (26).

Con relación al interés formativo, las mujeres mostraron mayor interés en todos los aspectos de la encuesta, dato que puede explicarse por el incremento progresivo del número de mujeres que viven solas (27, 28). Como exponen otros estudios, las mujeres tienen una mayor necesidad de integración social, lo que indica que su interés en recibir formación podría estar relacionado, especialmente, con variables vinculadas al apoyo de otros (25, 28). Asimismo, las personas que no estaban emparejadas, o casadas, o que vivían solas, mostraron más interés en los aspectos de ocio. Estos resultados concuerdan con el estudio SOLGER (24), que demuestra que las personas que viven solas tienen más interés en realizar actividades sociales y de ocio (24).

La literatura define de manera extensa los efectos negativos que puede provocar ejercer el rol del cuidador (29, 30, 31), aunque también describe aspectos positivos del acto de cuidar cuando el cuidador vive su tarea como un privilegio (30). Aun así, la dedicación exclusiva a esta tarea imposibilita desarrollar otras actividades que podrían estar relacionadas con un envejecimiento saludable (32). En nuestra población, el 28 % de ellos

se ocupaba de cuidar a un familiar, y el 19 %, de sus nietos como única actividad. Aunque no es el objetivo de nuestro estudio, el rol del cuidador se considera relevante en relación con la posible afectación de la calidad de vida y predisposición a formarse de estas personas.

Planificar el envejecimiento significa tener en cuenta todo aquello que puede mantenernos activos y con un buen estado de salud, llevar una vida plena y poder tener cubiertas las necesidades básicas. En muchas ocasiones, la falta de información y formación puede desencadenar en situaciones de aislamiento o pérdida de calidad de vida. En general, los resultados que se desprenden de este estudio muestran que las personas adultas mayores están interesadas en recibir formación sobre los diferentes aspectos de su vida para poder adquirir conocimientos que les ayuden a mantener un buen estado de salud durante su envejecimiento. Estos resultados pueden ayudar a diseñar estrategias de intervención dirigidas a las personas adultas mayores para ayudarlas a anticiparse a sus necesidades y a planificar un envejecimiento activo y saludable. Al mismo tiempo, a plantear la necesidad de disponer de recursos sociales y sanitarios que ayuden a las personas adultas mayores a ocupar su tiempo libre de manera satisfactoria y sin consecuencias negativas para su propia salud, haciendo hincapié en facilitar el rol de cuidador.

Diferentes intervenciones psicoeducativas dirigidas al cuidador han demostrado su efectividad en un pasado (30, 16, 17). Un estudio experimental, desarrollado por Zabalegui *et al.*, concluyó que la intervención Información, Formación y Apoyo Social (INFO-SA) reducía la sobrecarga y el estrés emocional y mejoraba el apoyo social percibido de los participantes (31). De igual modo, otros estudios realizaron intervenciones psicoeducativas que mostraron tener efectos positivos sobre la sobrecarga, la ansiedad y la depresión (30, 16). Estos estudios indican que la aplicación de intervenciones psicoeducativas conlleva mejoras significativas en cuanto a la salud de las personas y que, además, la aplicación de estas intervenciones durante periodos prolongados podría mantener sus efectos positivos a largo plazo (30, 16, 17).

Dado el carácter transversal del estudio, no se pueden identificar relaciones causales entre los factores estudiados. Sin embargo, los resultados obtenidos nos permiten conocer mejor el grado de conocimiento y las necesidades formativas percibidas por los mayores en relación a cómo quieren afrontar su jubilación y su envejecimiento. Aun así, sería interesante replicar el estudio

en poblaciones con diferentes clases sociales, así como separar la muestra en jubilados y no jubilados para poder comparar las posibles diferencias.

El profesional de enfermería, desde las consultas de atención primaria, identifica las personas mayores que se encuentran en una nueva etapa del ciclo vital, en la cual, por desconocimiento o por poca planificación, se encuentran en situaciones de aislamiento y soledad, que en muchas ocasiones les produce una pérdida de salud progresiva. Este estudio permitirá que los profesionales de enfermería diseñen intervenciones psicoeducativas adaptadas a las necesidades reales de esta población, que ayuden a mejorar sus conocimientos, actitudes, hábitos y, en consecuencia, los resultados de salud de este sector de la población.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio avalan que las necesidades formativas percibidas por las personas mayores son, fundamentalmente, los hábitos de vida saludables (ejercicio físico y dieta), las

posibles limitaciones futuras por el hecho de envejecer, el uso de medicamentos, el funcionamiento del sistema sanitario, el acceso a los recursos sociales, las nuevas tecnologías y, por último, el cuidado de sus familiares enfermos.

Por otro lado, constata que factores como el alto nivel de estudios y la alta clase social se relacionan con un mayor conocimiento autopercebido de los aspectos evaluados. Además, constatamos un elevado grado de alfabetización digital, que facilitaría una aproximación educativa a través de nuevas tecnologías.

Finalmente, se concluye que existe la necesidad de recibir formación entre la población adulta mayor, en especial femenina, que le permita afrontar un envejecimiento saludable. Ante este escenario, los profesionales de la salud, en especial los enfermeros, como profesionales más cercanos, desempeñan un papel decisivo para garantizar una buena calidad de vida de las personas mayores.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Bibliografía

1. Tyrovolas S, et al. Successful aging, dietary habits and health status of elderly individuals: A k-dimensional approach within the multinational MEDIS study. *Exp Gerontol.* 2014 dic.;60:57-63. DOI: 10.1016/j.exger.2014.09.010
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra; 2015 [citado 2018 my. 11]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
3. Agència de salut pública. Bases per a la promoció de l'envelliment actiu i saludable [Internet]. 2014 [citado 2018 my. 11]. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/ca/publicacions_formacio_i_recerca/publicacions/actualitat/bases-per-la-promocio-de-lenvelliment-actiu-i-saludable/
4. Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población / Padrón. Población por municipios [Internet]. 2017 [citado 2018 my. 11]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990
5. Dapp U, et al. Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. *J Public Health.* 2005 en.;13(3):122-7. DOI: 10.1007/s10389-004-0097-3
6. Henning G, Lindwall M, Johansson B. Continuity in well-being in the transition to retirement. *GeroPsych.* 2016 nov.;29(4):225-237. DOI: 10.1024/1662-9647/a000155
7. Chulián A, Garrido M. Manual de preparación a la jubilación positiva. [Internet]. 1.ª ed. Madrid: Fundación Desarrollo y Asistencia; 2015 [citado 2018 my. 11]. Disponible en: <http://www.fundacionmontemadrid.es/uploads/area/989d47ad9f1b22d990a0a84ac56793deea51850e.pdf>
8. Horner E, Cullen M. The impact of retirement on health: quasi-experimental methods using administrative data. *BMC Health Services Research.* 2016 febr.;16(1). DOI: 10.1186/s12913-016-1318-5
9. Dahmen N, Cozma R. *Media Takes: On Aging.* Nueva York: International Longevity Center - USA; 2009.

10. Fundació Bancaria "la Caixa". Vejez y cuidados. ¿Cómo viviremos y nos cuidaremos cuando seamos mayores? [Internet]. 2018. Disponible en: https://observatoriosociallacaixa.org/documents/22890/121434/DOSSIER5_CAST_baixa.pdf/418e7068-e885-d6be-aa86-5beac27d7b61
11. Di Gessa G, Glaser K, Tinker A. The impact of caring for grandchildren on the health of grandparents in Europe: A life-course approach. *Social Science & Medicine*. 2016 ag.;152:166-175. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.01.041
12. Djundeva M, Dykstra P, Fokkema T. Is living alone "aging alone"? Solitary living, network types and well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2018 sept. DOI: 10.1093/geronb/gby119
13. Hiel L, Beenackers M, Renders C, Robroek S, Burdorf A, Croezen S. Providing personal informal care to older European adults: should we care about the caregivers' health? *Preventive Medicine*. 2015 en.;70:64-68. DOI: 10.1016/j.ypmed.2014.10.028
14. Lyons J, Cauley J, Fredman L. The effect of transitions in caregiving status and intensity on perceived stress among 992 female caregivers and noncaregivers. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2015 ag.;70(8):1018-1023. DOI: 10.1093/gerona/glv001
15. Foster L, Walker A. Active and Successful Aging: a European policy perspective. *The Gerontologist*. 2014 feb.;55(1):83-90. DOI: 10.1093/geront/gnu028
16. Zabalegui-Yárnnoz A, Navarro-Díez M, Cabrera-Torres E, Gallart-Fernández-Puebla A, Bardallo-Porras D, Rodríguez-Higuera E et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2008 my.;43(3):157-166. DOI: 10.1016/S0211-139X(08)71176-4
17. Zabalegui A, Galisteo M, Navarro M, Cabrera E. INFOSA intervention for caregivers of the elderly, an experimental study. *Geriatric Nursing*. 2016 nov.;37(6):426-433. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2016.06.001
18. Menichetti J, et al. Engaging older people in healthy and active lifestyles: a systematic review. *Ageing and Society*. 2015 nov.;1-25. DOI: 10.1017/S0144686X15000781
19. Institut d'estadística de Catalunya (Idescat). Projeccions de Població 2013-2051 [Internet]. 2014 [citado 2018 my. 11]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/cataleg/pdfdocs/pp2013-2051pr.pdf>
20. National institute on aging [Internet]. USA [citado 2018 my. 11]. Disponible en: <http://www.nia.nih.gov/>
21. ESCA continua. Onada 14 (2017-1) - Qüestionari general - Població de 15 anys i més. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut i Institut d'Estadística de Catalunya. [citado 2018 jul. 17]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/
22. IMSERSO. Envejecer en España, II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Indicadores demográficos, económicos, sociales, de salud y de servicios sociales. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2002.
23. Zabalegui A, et al. Análisis del programa educativo PECA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. *Aten Primaria*. 2006 jun.;37(5):260-5. DOI: 10.1157/13086310
24. Paino Pardo L, Poblet i Montells L, Ríos Álvarez L. Mayores que viven solos y malnutrición. Estudio SOLGER. *Atención Primaria*. 2017 oct.;49(8):450-458. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.10.007
25. Navarro E, Calero M, Calero-García M. Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2015;4(3):267. DOI: 10.1989/ejihpe.v4i3.74
26. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Solsona S, Sartolo M, Rabanaque M. Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. *Atención Primaria*. 2016 abr.;48(4):235-243. DOI: 10.1016/j.aprim.2015.01.016
27. Holt-Lunstad J, Smith T, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspectives on Psychological Science*. 2015 my.;10(2):227-237. DOI: 10.1177/1745691614568352

28. Gumà J, Treviño R, Cámara A. Posición en el hogar y género. Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud entre la población adulta en España. *Revista Internacional de Sociología*. 2015 abr.;73(1): e003. DOI: 10.3989/2013.03.04
29. Alvira MC, et al. The association between positive-negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2015 jun.;71(6):1417-1434. DOI: 10.1111/jan.12528
30. Zabalegui A, Hamers J, Karlsson S, Leino-Kilpi H, Renom-Guiteras A, Saks K et al. Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home. *Patient Education and Counseling*. 2014 my.;95(2):175-184. DOI: 10.1016/j.pec.2014.01.009
31. Fauth EB, Gibbons A. Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2014 mzo.;29(3), 263-271. DOI: 10.1002/gps.4002
32. López-Casasnovas G. Una visión de futuro de las políticas de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2009 jul.;23(5):458-461. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000500017