

**Percepción de la calidad de vida de los ancianos con heridas crónicas**  
**Percepção da qualidade de vida de idosos com ferida crônica**  
**Perceptions on the quality of life of elderly people with chronic wound**

**Elayne Gonçalves Rodrigues do Nascimento<sup>1</sup>**  
**Giovanna Gabrielly Custódio Macêdo<sup>2</sup>**  
**Arthur Alexandrino<sup>3</sup>**  
**Karla Karolline Barreto Cardins<sup>4</sup>**  
**Fernanda Teixeira de Souza<sup>5</sup>**  
**Matheus Figueiredo Nogueira<sup>6</sup>**

**Recibido: 06/10/2019**  
**Aprobado: 07/04/2020**  
**Publicado: 01/07/2020**

El objetivo de este estudio fue evaluar la percepción de la calidad de vida de los ancianos con heridas crónicas. Se trata de un estudio exploratorio, observacional de carácter cuantitativo y cualitativo realizado con 20 ancianos del territorio de Curimataú en la Paraíba, entre noviembre de 2014 y marzo de 2015, mediante un cuestionario sociodemográfico, el instrumento WHOQOL-Old y un guion de entrevista semiestructurado, analizados mediante un análisis descriptivo, cálculos de puntuación y análisis de contenido, respectivamente. Los resultados mostraron que la calidad de vida de los ancianos es regular, con la excepción de las facetas "Participación social" e "Intimidad". Los testimonios obtenidos dieron lugar a tres categorías: *Percepción subjetiva de la calidad de vida*; *El impacto físico y emocional de la herida crónica en la calidad de vida*; y *El deterioro de la autonomía y las relaciones sociales en ancianos con herida crónica*. En los discursos de los participantes se destacaron los efectos físicos y emocionales de la herida crónica en su calidad de vida, especialmente el perjuicio de la autonomía y las relaciones sociales. Se verifica la necesidad de implementación de intervenciones de confrontación y la construcción de líneas de atención específicas e interprofesionales, con foco en la calificación de la asistencia.

**Descriptor:** Anciano; Salud del anciano; Heridas y traumatismos; Calidad de vida; Atención integral de salud.

O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção da qualidade de vida de idosos com feridas crônicas. Trata-se de estudo exploratório-observacional de natureza quantitativa e qualitativa realizado com 20 idosos do Curimataú Paraibano, entre novembro de 2014 a março de 2015, através de um questionário sociodemográfico, do instrumento WHOQOL-Old e um roteiro de entrevista semiestructurado, analisados por análise descritiva, cálculos de escores e análise de conteúdo, respectivamente. Os resultados demonstraram que a qualidade de vida dos idosos encontra-se regular, com exceção das facetas "Participação social" e "Intimidade". Os depoimentos obtidos resultaram em três categorias: *Percepção subjetiva da qualidade de vida*; *O impacto físico e emocional da ferida crônica na qualidade de vida*; e *O comprometimento da autonomia e das relações sociais em idosos com ferida crônica*. Os discursos dos participantes enfatizaram os impactos físicos e emocionais da ferida crônica na sua qualidade de vida, sobretudo no comprometimento da autonomia e das relações sociais. Verifica-se a necessidade de implementação de intervenções de enfrentamento e a construção de linhas de cuidado específicas e interprofissionais, com foco na qualificação da assistência.

**Descriptor:** Idoso; Saúde do idoso; Ferimentos e lesões; Qualidade de vida; Assistência integral à saúde.

This study aims to evaluate the perceptions on the quality of life of elderly people with chronic wound. This is an exploratory-observational study of quantitative and qualitative nature, carried out with 20 elderly people from the region of Curimataú, on the state of Paraíba, between November of 2014 and March of 2015, through a sociodemographic questionnaire, the WHOQOL-Old tool and a semi-structured interview script, which we analyzed, respectively, by descriptive analysis, score calculations and content analysis. The results showed that the quality of life of elderly people is average, with the exception of the aspects "social participation" and "intimacy". The testimonies we gathered created three categories: *Subjective perception of quality of life*; *Physical and emotional impact of chronic wound on quality of life*; and *The impairment of autonomy and social relationships in elderly people with chronic wound*. The participant's speeches emphasized the physical and emotional impacts of the chronic wound in their quality of life, especially in the impairment of autonomy and social relationships. There is a need to implement coping interventions and and build specific and interprofessional lines of care, with focus on the qualification of assistance.

**Descriptor:** Aged; Health of the elderly; Wounds and injuries; Quality of life; Comprehensive health care.

1. Enfermera. Especialista en Salud Familiar. Coordinadora de Atención Básica de Remigio, PB, Brasil. ORCID: 0000-0001-6698-8830 E-mail: elaynegrnascimento@gmail.com

2. Enfermera. Especializanda en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en la modalidad de Residencia Uniprofesional por el Hospital da Restauração de la Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil. ORCID: 0000-0002-2365-0714 E-mail: cmacedogiovanna@hotmail.com

3. Graduando en Enfermería en la Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) Campus Cuité, PB, Brasil. ORCID: 0000-0001-5817-4335 E-mail: alexandrinoarthurd@gmail.com

4. Enfermera. Maestra en Salud Pública. Cuité, PB, Brasil. ORCID: 0000-0002-5571-2932 E-mail: karla\_karolline@hotmail.com

5. Enfermera. Especializanda en UCI, Urgencia y Emergencia. Especialista en Investigación de Salud, João Pessoa, PB, Brasil. ORCID: 0000-0001-9193-5992 E-mail: fefeteixeira@outlook.com

6. Enfermero. Especialista en Salud Familiar. Maestro en Enfermería en Atención a la Salud. Doctor en Salud Colectiva. Profesor adjunto del Curso de Enfermería de la UFCG, Cuité/PB, Brasil. ORCID: 0000-0002-5787-7861 E-mail: matheusnogueira.ufcg@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

**E**l cambio en el perfil demográfico y epidemiológico del Brasil se caracteriza principalmente por el envejecimiento de la población y un cambio en el patrón de morbilidad con el aumento de la prevalencia de enfermedades y de trastornos crónicos<sup>1</sup>.

Entre las enfermedades crónicas que presentan altas tasas de prevalencia e incidencia, así como demasiados impactos financieros y sociales, se encuentran las heridas crónicas, es decir, soluciones de continuidad que no evolucionan funcional y anatómicamente en un período de tres meses, y que generalmente se asocian con lesiones por presión y úlceras diabéticas y vasculogénicas crónicas, comunes en la población anciana<sup>2</sup>.

Esta parte de la población es uno de los grupos más vulnerables al desarrollo de heridas crónicas debido a los cambios celulares, tegumentarios, vasculares y sistémicos que suelen asociarse al proceso de envejecimiento y a la coexistencia de enfermedades como la insuficiencia venosa y arterial, la hipertensión y la diabetes mellitus<sup>2,3</sup>.

Las heridas crónicas determinan las pérdidas globales en la calidad de vida del individuo afectado. Los impactos incluyen cambios complejos en los aspectos sociales, financieros, físicos y psicológicos de la vida cotidiana, que contribuyen a situaciones como el aislamiento social, un mayor grado de dependencia, una menor productividad y una baja satisfacción personal<sup>4</sup>.

Debido a estos impactos y por abarcar un concepto multidimensional relacionado con la percepción que tiene el individuo de su condición/situación, la calidad de vida se convierte en un parámetro relevante para la evaluación en las condiciones crónicas, a fin de permitir la construcción de una atención multidisciplinaria, resolutive, humanizada e integral<sup>5</sup>. En esta perspectiva, el objetivo de este estudio fue evaluar la percepción de la calidad de vida de los ancianos con heridas crónicas.

## MÉTODO

Este es un estudio de campo exploratorio, observacional de naturaleza cuantitativa y cualitativa. El estudio se llevó a cabo en las ciudades de Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio y Sossego, componentes de la región del Curimataú occidental de Paraíba, guiado por el proyecto de investigación principal titulado: "Calidad de vida de los ancianos y la diversidad de la experiencia del envejecimiento: un estudio en el Curimataú occidental de Paraíba".

El proyecto principal se basó en una muestra aleatoria simple, calculada sobre la base de una prevalencia estimada de calidad de vida satisfactoria de un 50% y considerando el error de muestreo de un 5%, un nivel de fiabilidad de un 95% y un aumento de un 20% para las posibles pérdidas. Según los datos del censo del Instituto Brasileño de Geografía Estadística<sup>6</sup> publicados en 2010, los cinco municipios tenían un total de 9.606 habitantes de 60 años o más, distribuidos de la siguiente manera: 2.001 en Barra de Santa Rosa, 3.040 en Cuité, 1.576 en Nova Floresta, 2.614 en Remígio y 375 en Sossego, el público que basó el cálculo de la muestra, utilizando la premisa de la representatividad, se aplicó el cálculo de la muestra probabilística sistemática.

Los participantes fueron incluidos en la encuesta a partir del cumplimiento de los criterios: I) tener 60 años o más; II) tener heridas crónicas (para la participación en la entrevista específica); III) estar debidamente registrados y con seguimiento en la Estrategia Salud Familiar; y IV) no tener deterioro cognitivo, evaluado por los indicadores del Mini-examen del Estado Mental (MMSE).

La puesta en marcha de la reunión de datos fue mediada por los instrumentos: a) Cuestionario socioeconómico y demográfico, validado en el Proyecto "Situación de la Salud, Calidad de Vida y Representaciones Sociales" del Grupo Internacional de Estudios e Investigaciones sobre el Envejecimiento y las Representaciones Sociales del Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidade Federal de Paraíba, vinculado al Ministerio de Salud

(del Brasil), para reunir información personal y el perfil social de los participantes; b) Cuestionario WHOQOL-Old, instrumento de medición y evaluación de la calidad de vida elaborado por la Organización Mundial de la Salud y validado en el Brasil en 2006<sup>7</sup>, organizado en seis facetas: “Funcionamiento Sensorial” (FS), “Autonomía” (AUT), “Actividades Pasadas, Presentes y Futuras” (PPF), “Participación Social” (PSO), “Muerte y Morir” (MYM) e “Intimidad” (INT); y, c) guion de la entrevista, solidificando el segmento cualitativo de las preguntas: 1) ¿Qué significa para usted la Calidad de Vida? 2) ¿Qué más interfiere con su calidad de vida como portador de una herida crónica? 3) ¿Cómo evalúa su calidad de vida con la herida crónica? como artículos sobre la percepción del anciano afectado por una herida crónica sobre su calidad de vida.

La recogida de datos se llevó a cabo durante los meses de noviembre de 2014 a marzo de 2015. Tras la identificación de las estrategias salud familiar de la muestra específica de la investigación, se estableció contacto con los enfermeros y los agentes de salud comunitarios para que proporcionaran información sobre la accesibilidad de los investigadores a los ancianos.

Una vez que los ancianos aceptaron participar en el estudio y estuvieron de acuerdo con los criterios de inclusión, el equipo de investigadores procedió a reunir la información, ya sea en su casa o en la Unidad de Salud Familiar. Antes de la finalización de los instrumentos, los investigadores nos presentaron el Término de Consentimiento Libre e Informado e información general sobre la investigación, que fue firmado en dos copias. El equipo de investigadores consistió en el investigador responsable, cinco enfermeros salidos del Centro de Educación y Salud de la Universidade Federal de Campina Grande y 13 estudiantes matriculados regularmente en el curso de Enfermería de la institución.

Los datos cuantitativos, procedentes del Cuestionario de Recogida de Datos y los cálculos de puntuación relacionados con la evaluación de la calidad de vida adoptados por el WHOQOL-Old, se digitaron en *Excel* versión 2010, se procesaron con el software *IBM Statistical Package for the Social Sciences* versión 20 y se calcularon con frecuencias simples, para las variables nominales y ordinales; y medidas de posición y variabilidad para las variables cuantitativas. Para los cálculos del WHOQOL-Old, se utilizó la suma de las respuestas señaladas por los ancianos participantes en el estudio para cada pregunta dividida por el número de encuestados<sup>8</sup>. Las medias se describieron (resultado de la variante entre 1 y 5) refiriéndose a la Puntuación Estandarizada (PE). En general, las puntuaciones altas representan una calidad de vida satisfactoria y las bajas una calidad de vida insatisfactoria.

Los datos cualitativos, a su vez, fueron sometidos a Análisis de Contenido<sup>9</sup> en la modalidad de categoría temática, dando subvención a la agrupación de declaraciones y al respectivo debate.

La investigación se llevó a cabo con la autorización del Centro de Educación y Salud de la Universidade Federal de Campina Grande y de los cinco Departamentos Municipales de Salud de los municipios participantes. El proyecto fue presentado al Comité de Ética en la Investigación del Hospital Universitario Alcides Carneiro y aprobado con el informe N.º 844.702 y el Certificado de Presentación para Apreciación Ética 34715614.5.0000.5182.

## RESULTADOS

Participaron en el estudio 444 ancianos, 92 de Barra de Santa Rosa, 140 de Cuité, 73 de Nova Floresta, 122 de Remígio y 17 de Sossego. Entre los 444 participantes, 20 ancianos mencionaron la presencia de una herida crónica, considerada en este estudio.

En la Tabla 1 se presenta la caracterización socioeconómica y demográfica, con las siguientes variables: grupo de edad, sexo, estado civil, disposición familiar, presencia de un cuidador, identificación del cuidador, religión, alfabetización funcional, escolaridad e ingreso familiar.

Se observó que el 60% de la muestra era femenina y con una edad media de 74,25 años, que oscilaba entre los 60 y los 93 años. La mayoría de los ancianos eran casados (60%), con organización familiar trigeracional (35%), sólo con su cónyuge (20%) o con su cónyuge e hijos (20%). Sobre la presencia de un cuidador, el 55% de los ancianos afirmaron tener un cuidador en casa, que en su mayoría eran los hijos (30%).

En gran manifestación religiosa, el 85% de los ancianos pertenecían a la religión Católica Apostólica Romana. En cuanto a la alfabetización funcional y la escolaridad, el 55% de los ancianos eran analfabetos funcionales y tenían un promedio de 2,05 años estudiados. El promedio de los ingresos mensuales de las familias era de R\$ 1.377,35, con un mínimo de R\$ 788 y un máximo de R\$ 1.576 (Tabla 1).

**Tabla 1.** Perfil socioeconómico y demográfico simplificado de los ancianos con heridas crónicas acompañados de la Estrategia Salud Familiar del Curimataú Occidental de la Paraíba (n=20). Paraíba, Brasil, 2015.

Variable	Categorías	Ancianos encuestados	
		f	%
<b>Grupo de edad</b>	60 a 74	11	55,0
	75 a 89	07	35,0
	Más de 90	02	10,0
<b>Medidas Edad</b>	Promedio = 74,25		
	Desviación Estándar = 11,187	Mínima = 60	Máxima = 93
<b>Sexo</b>	Femenino	12	60,0
	Masculino	08	40,0
<b>Estado civil</b>	Soltero	01	5,0
	Casado	12	60,0
	Viudo	07	35,0
<b>Organización familiar</b>	Solo	03	15,0
	Sólo con el cónyuge	04	20,0
	Cónyuge e hijos	04	20,0
	Cónyuge, hijos, yerno o nuera	01	5,0
	Sólo con los hijos	01	5,0
	Organización trigeracional	07	35,0
<b>Presencia de un cuidador</b>	Sí	11	55,0
	No	09	45,0
<b>Identificación del cuidador</b>	Cónyuge	01	5,0
	Sólo los hijos	06	30,0
	Otro anciano	01	5,0
	Cuidador particular	03	15,0
	No hay cuidador	09	45,0
<b>Religión</b>	Católica	17	85,0
	Evangélica	03	15,0
<b>Alfabetización funcional</b>	Sí	09	45,0
	No	11	55,0
<b>Escolaridad</b>	No alfabetizado	11	55,0
	01 a 04 años de estudio	04	20,0
	05 a 08 años de estudio	05	25,0
<b>Medidas escolaridad</b>	Promedio = 2,05		
	Desviación Estándar = 2,481	Mínima = 0	Máxima = 6
<b>Ingreso familiar</b>	Promedio = 1.377,35		
	Desviación Estándar = 271,546	Mínima = 788,00	Máxima = 1.576,00
<b>Total</b>		20	100,0

Según las respuestas de los participantes y las facetas “Funcionamiento Sensorial”, “Autonomía”, “Actividades Pasadas, Presentes y Futuras”, “Participación Social”, “Muerte y Morir” e “Intimidad” que componen el cuestionario WHOQOL-Old, la Tabla 2 muestra el cálculo de las medidas descriptivas de los ítems de cada faceta.

Entre los 24 ítems contenidos en el WHOQOL-Old, la mejor PE se refirió al ítem 15 de la faceta “Actividades Pasadas, Presentes y Futuras”, que trata de la evaluación de la satisfacción

de los ancianos participantes en el estudio con lo que lograron en la vida (m=4,00). En contraste, la peor puntuación se identificó en el ítem 04 de la faceta "Autonomía", que se refiere a la intensidad con la que los ancianos controlan su propio futuro (m=1,95).

**Tabla 2.** Medidas descriptivas de los ítems de WHOQOL-Old\* en ancianos con heridas crónicas seguidas en la Estrategia Salud Familiar del Curimataú Occidental de la Paraíba (n=20). Paraíba, Brasil, 2015.

Faceta/Tema	m (PE)	dp	cv (%)
<b>Funcionamiento Sensorial (FS)</b>			
Old_01 - Intensidad de la pérdida sensorial en la vida diaria **	2,90	1,21	41,71
Old_02 - Intensidad de la pérdida sensorial en la participación en actividades **	3,05	1,19	39,05
Old_10 - Efecto del funcionamiento de los sentidos en la capacidad de interacción **	2,95	1,10	37,26
Old_20 - Evaluación del funcionamiento de los sentidos	2,80	0,95	33,98
<b>Autonomía (AUT)</b>			
Old_03 - Libertad para tomar sus propias decisiones	3,40	1,31	38,64
Old_04 - Intensidad a la que controla su propio futuro	1,95	1,15	58,77
Old_05 - Intensidad en la que la gente respeta su libertad	3,80	0,89	23,54
Old_11 - Capacidad de hacer las cosas que le gustaría hacer	2,30	1,26	54,81
<b>Actividades Pasadas, Presentes y Futuras (PPF)</b>			
Old_12 - Capacidad de satisfacción con oportunidades de logros en la vida	3,00	1,08	35,87
Old_13 - Capacidad de sentir que ha recibido el reconocimiento merecido en la vida	3,80	0,77	20,20
Old_15 - Evaluación de la satisfacción con lo que ha logrado en la vida	4,00	0,92	22,94
Old_19 - Evaluación de la felicidad en las cosas que se esperan en el futuro	3,05	0,89	29,08
<b>Participación Social (PSO)</b>			
Old_14 - Capacidad de tener lo suficiente para hacer cada día	2,00	1,12	56,20
Old_16 - Evaluación de la satisfacción con la forma en que utiliza el tiempo	2,80	1,20	42,73
Old_17 - Evaluación de la satisfacción del nivel de actividades	2,20	0,95	43,25
Old_18 - Evaluación de la satisfacción de participar en actividades comunitarias	2,20	1,06	48,01
<b>Muerte y Morir (MYM)</b>			
Old_06 - Intensidad de la preocupación por la forma en que morirá **	2,95	1,47	49,77
Old_07 - Intensidad del miedo a no poder controlar la muerte **	2,95	1,36	45,98
Old_08 - Intensidad del miedo a morir **	3,15	1,60	50,75
Old_09 - Intensidad del miedo al dolor antes de la muerte **	2,90	1,41	48,64
<b>Intimidación (INT)</b>			
Old_21 - Intensidad del sentimiento de compañerismo en la vida	2,80	1,79	64,10
Old_22 - Intensidad del sentimiento de amor en la vida	2,70	1,78	65,93
Old_23 - Intensidad de las oportunidades para amar	2,10	1,59	75,53
Old_24 - Intensidad de las oportunidades para ser amado	2,05	1,50	73,34

\* WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life for Older Adults): Herramienta de Medición de la Calidad de Vida de los Ancianos de la Organización Mundial de la Salud.

\*\* Artículos con puntuaciones invertidas, ya recodificadas.

Leyenda: m = promedio; PE = Puntuación estandarizada; dp = desviación estándar; cv = coeficiente de variación.

La comprensión general del desempeño de los ancianos en relación con cada una de las facetas puede observarse en la Figura 1, a partir del análisis de la Puntuación Transformada de Facetas (PTF) que expresa la relación entre el valor más bajo posible (0%) y el más alto posible (100%), y la Puntuación Transformada Total (PTT) que demuestra el porcentaje medio de la calidad de vida de los ancianos considerando todas las facetas del cuestionario mediante la siguiente categorización: 0 - 20% = terrible calidad de vida; 20 - 40% = mala calidad de vida; 40 - 60% = calidad de vida regular; 60 - 80% = buena calidad de vida; 80 - 100% = excelente calidad de vida.

La faceta "Actividades Pasadas, Presentes y Futuras" presentó el mejor desempeño, calificando la calidad de vida en este aspecto como buena (61,56%). El peor desempeño lo obtuvo la faceta de "Participación Social" (32,50%), determinando un deterioro significativo de la calidad de vida en este aspecto. A través de la conversión de la PTF en PTT, la calidad de vida general de los ancianos participantes en este estudio es regular (45,94%).

Los testimonios obtenidos dieron lugar a tres categorías: I) *Percepción subjetiva de la calidad de vida*; II) *El impacto físico y emocional de la herida crónica en la calidad de vida*; y III) *El deterioro de la autonomía y las relaciones sociales en los ancianos con una herida crónica*.

### **Percepción subjetiva de la calidad de vida**

Los ancianos relacionaron el significado de la calidad de vida con cuatro factores principales: la salud, la satisfacción de las necesidades, la presencia de la familia y la libertad de salir de casa. La palabra salud se presentó como sinónimo de calidad de vida en la mayoría de los discursos:

*Es mi salud [...] (G2)*

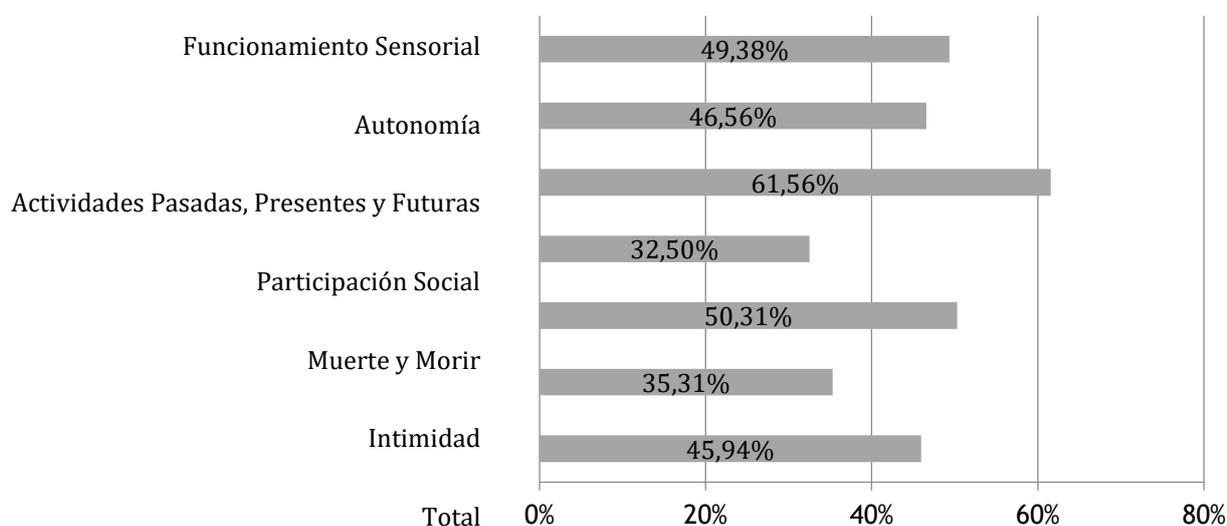
*Sólo salud. (G4)*

*Salud, unión, especialmente salud. (G5)*

*[...] Cuidar la salud y buscar ayuda cuando tenga la herida. (G7)*

*[...] la salud, ella es buena. (G8)*

*[...] así, es tener salud, una buena vida. (G10)*



**Figura 1.** Puntuación Transformada de facetas y Puntuación Transformada Total del cuestionario WHOQOL-Old en ancianos con heridas crónicas seguidos en la Estrategia Salud Familiar del Curimataú Occidental de la Paraíba. Paraíba, Brasil, 2015.

### **El impacto físico y emocional de la herida crónica en la calidad de vida**

Los discursos destacaron:

*No tengo circulación [...] no puedo hacer nada más [...]. (G9)*

*Mis venas me molestan mucho [...] y para caminar, es malo, porque no siempre estoy bien. [...] Vivo en mucha soledad [...] mi vida no me gusta, me agonizo [...] me enfado, me maldigo mucho [...]. (G10)*

*Mi cadera está demasiado desgastada [...]. (G2)*

*Ahora para mí ya no está más "bien" [...], ni siquiera puedo acostarme sobre una pierna o la otra [...]. La enfermera me dijo que durmiera "boca arriba" para mejorar mi sueño. (G6).*

*Me sentí más triste [...]. Ya no salgo a la calle. (G3)*

*Mala, muy mala [...]. Tiene que quedar bien para tener una calidad de vida. (G7)*

*[...] felicidad, que ya no tengo. (G5)*

*Me siento inútil [...] Veo todo mal en mi vida. (G2)*

***El compromiso de la autonomía y las relaciones sociales en ancianos con heridas crónicas***

Las interferencias causadas en la convivencia social y en las actividades de la vida diaria se muestran en los discursos:

*Tener la voluntad de hacer las cosas y no ser capaz [...]. (G1)*

*Lo peor es que ahora no puedo caminar más [...] No puedo cuidar de mi casa [...]. Eso es todo. (G5)*

*Ah, lo que más interfirió fue que ya no puedo trabajar. (G7)*

**DISCUSIÓN**

El grupo de edad con mayor representación fue el de los ancianos jóvenes de 60 a 74 años (55%), seguido de los de 75 a 89 años (35%) y los mayores de 90 años (10%). Este resultado corrobora una encuesta realizada en Teresina, Piauí, que señala la edad como uno de los factores más importantes que intervienen en el desarrollo de las heridas crónicas, siendo fácilmente observable en los individuos después de los 60 años de edad<sup>10</sup>.

La mayoría de los ancianos participantes en el estudio son mujeres (60%). Al igual que en este estudio, una encuesta realizada a ancianos con heridas crónicas reveló que el 74,07% de los entrevistados eran mujeres. Este escenario sigue la tendencia de feminización de la vejez, y se justifica por la mayor expectativa de vida del grupo<sup>10</sup>.

En el estado civil, el 60% de los participantes eran casados, lo que presenta una similitud con un estudio realizado en la ciudad de Uberaba, Minas Gerais, en el que el mayor porcentaje de los ancianos entrevistados estaban casados o vivían en pareja, aspecto que favorece el enfrentamiento de los ancianos con la situación y el cuidado con la herida. Por otra parte, una suma considerable no tiene pareja (40%), hecho que tiende a dificultar la terapéutica y a generar complicaciones físicas, sociales y psíquicas a los ancianos, como el aislamiento social y la disminución de la autoestima<sup>11</sup>.

En cuanto a la organización, las trigeracionales alcanzaron el 35%. Este tipo de organización es una composición familiar contemporánea que no siempre es favorable al alojamiento, además de colaborar para que se pasen por alto las demandas de los ancianos en beneficio de los más jóvenes<sup>12</sup>.

La presencia de un cuidador se verificó en un 55% y contribuye a reducir el riesgo de agravamiento y recurrencia debido a la falta de cuidados específicos con la herida. Sin embargo, el 45% mencionó no tener ningún cuidador. La ausencia de un cuidador hace que las personas desarrollen habilidades prácticas y asuman su propio cuidado<sup>11</sup>. Sin embargo, el anciano que asume el autocuidado puede presentar un mayor desgaste físico y emocional, principalmente debido a la exhaustiva rutina que exige el cuidado de las heridas.

De los ancianos que afirmaron tener un cuidador, la mayoría mencionó a sus hijos (30%). El cuidador familiar tiene una importancia única en el cuidado de las condiciones de salud de los individuos, especialmente de los enfermos crónicos. Los componentes de la familia idealizan las formas de atención según su comprensión de la situación y este proceso puede conducir a una acción conjunta dentro del contexto familiar<sup>11</sup>.

Al igual que en el estado de Paraíba (75,1%) y en el Brasil (64,6%), una gran parte de los ancianos participantes pertenecen a la religión católica apostólica romana (85%). A pesar de la existencia de pocos estudios que asocien el impacto de la religión en la calidad de vida y la salud, se entiende que algunos de los enfrentamientos efectivos para los cambios biopsicosociales comunes a los ancianos son las creencias espirituales y las prácticas religiosas<sup>13</sup>.

La mayoría de los ancianos eran analfabetos, con un promedio de 2,05 años de estudio, lo que mostraba un perfil de analfabetismo funcional porque tenían menos de cuatro años de estudios. Al igual que en el presente estudio, una encuesta realizada en el municipio de João Pessoa, Paraíba, señaló que la mayoría de los ancianos considerados vulnerables eran analfabetos. La escolarización es un determinante socioeconómico y, contribuye a la desigualdad social, dificulta el acceso a la educación en materia de salud y, en consecuencia, perjudica la adhesión a comportamientos saludables que tienden a mejorar la calidad de vida.

Además, el bajo nivel de escolaridad de los ancianos favorece el aumento de la utilización de los servicios de salud, ya que esta porción de la población es la más afectada por las afecciones crónicas que podrían haberse prevenido a lo largo de la vida<sup>4,14</sup>. Los ancianos con menos escolaridad tienden a tener una mayor necesidad de cuidadores para llevar a cabo sus actividades diarias, y también pueden interferir en la comprensión y asimilación de la atención de la salud.

El ingreso familiar promedio de R\$1.377,35 es insuficiente para satisfacer las necesidades humanas básicas. Corroborando los resultados de la investigación, un estudio realizado con ancianos con heridas crónicas en la ciudad de Teresina, Piauí, señaló que la mayoría de los participantes tenían un ingreso familiar de 1 a 3 salarios mínimos, es decir, personas con bajos ingresos. Con ingresos insuficientes, los ancianos no se alimentan adecuadamente, ya que su situación económica no les permite satisfacer todas sus necesidades básicas<sup>2</sup>.

La presencia de heridas crónicas es una considerable fuente adicional de gastos, por el tratamiento farmacológico y los materiales para los curativos. Este es un factor capaz de desestabilizar las finanzas familiares y de afectar la calidad de vida de las personas<sup>15</sup>.

Según el PE de WHOQOL-Old, la faceta que obtuvo la mejor puntuación fue "Actividades Pasadas, Presentes y Futuras", que trata de la evaluación de la satisfacción de los ancianos participantes en el estudio con lo que lograron en la vida ( $m=4,00$ ), influyendo positivamente en la calidad de vida. En cambio, la peor puntuación se identificó en el ítem 04 de la faceta "Autonomía", que se refiere a la intensidad con que los ancianos controlan su propio futuro ( $m=1,95$ ). La ausencia o el bajo control sobre su propio futuro indica una baja calidad de vida.

La baja puntuación de la intensidad con que los ancianos controlan su propio futuro es un indicador negativo de la calidad de vida, ya que la autonomía es una condición fundamental para un envejecimiento agradable y significativo<sup>16</sup>. Sin embargo, un estudio que analizó la ejecución de actividades de la vida cotidiana por parte de personas con heridas crónicas, señaló que el 42,9% dijo que les molestaba no poder realizar tareas sencillas, lo que afectaba negativamente su autonomía<sup>17</sup>. Este resultado es, por lo tanto, comparable al 46,56% de satisfacción con respecto a la autonomía como dimensión de la calidad de vida.

El resultado de la faceta "Actividades Pasadas, Presentes y Futuras" muestra que los ancianos en esta investigación están satisfechos con los logros que han alcanzado a lo largo de sus vidas y las perspectivas para el futuro. El porcentaje expresivo de esta faceta puede ratificar que la satisfacción es un fenómeno complejo y de difícil medición refiriéndose, por tanto, a una condición subjetiva. La satisfacción con la vida es un juicio cognitivo de algunos dominios específicos, además de estar constituida por un proceso de juicio y evaluación general de la vida misma según sus propios criterios<sup>18</sup>.

En el cálculo de la PTF, la faceta de "Actividades Pasadas, Presentes y Futuras" también mostró el mejor resultado, mientras que "Participación Social (PS)" tuvo puntuaciones significativamente inferiores a las otras. El bajo rendimiento en la PS demuestra la insatisfacción de los ancianos con las actividades diarias, especialmente en la comunidad, así como la insatisfacción con el nivel de actividad diaria y con el uso del tiempo.

Este escenario puede justificarse por las limitaciones que la herida crónica supone para el portador, como la pérdida de su libertad, la restricción de la vida social e incluso la imposición del uso de ciertas vestimentas. Todos estos factores producen repercusiones psicoemocionales que se reflejan en la imagen y la autoestima del individuo, con el fin de incidir en su forma de relacionarse con los demás y, en consecuencia, en su calidad de vida<sup>19</sup>.

Los determinantes relacionados con la salud han impregnado las más diversas concepciones del término calidad de vida en la vejez. En este sentido, se cree que las personas disfrutaban de una mejor calidad de vida cuando se mantienen sanas a medida que envejecen<sup>20</sup>. Sin embargo, la aparición de la herida crónica implica un proceso complejo y patológico que provoca cambios biológicos, emocionales, físicos y sociales que imponen limitaciones considerables y necesidades propias de la vida del individuo<sup>21</sup>.

Como resultado del deterioro físico, el desgaste emocional de los ancianos se percibe cuando se les pregunta sobre su calidad de vida después de la herida. Es notorio que el portador de una herida crónica a menudo presenta un discurso relacionado con la pérdida del sentido de la vida, la falta de perspectivas de futuro y la desesperanza.

Además del impacto emocional, la pérdida de autonomía y el daño a las relaciones sociales son las mayores preocupaciones. Los estudios afirman que el mayor efecto negativo de la herida se refleja en la reducción de las actividades de los individuos, anteriormente activos, en relación con su trabajo y sus tareas diarias<sup>22,23</sup>, un escenario que también se observa en los discursos de los ancianos en esta investigación cuando se les pregunta sobre la interferencia de la herida en su calidad de vida, un hecho que, en general, contribuye a la dependencia familiar y al aislamiento social<sup>4</sup>.

Los aspectos clínicos asociados a la herida crónica, como el dolor al caminar, el dolor en reposo y el uso de medicamentos para el dolor, se presentan como variables que disminuyen estadísticamente la calidad de vida de los ancianos, especialmente al limitar su movilidad, provocar la desregulación del sueño y el reposo y alterar el estado de ánimo<sup>4,5</sup>.

Así pues, la comprensión de la calidad de vida de un anciano con una herida crónica requiere reflexiones que abarquen no sólo su sufrimiento físico, sino también aspectos que impliquen su situación psicosocial y el impacto de esta condición en el individuo y sus familiares, que a menudo no comprenden la dimensionalidad que abarca tal problema.

## CONCLUSIÓN

El estudio demostró que los ancianos con heridas crónicas tienen una calidad de vida regular en casi todos los ámbitos del WHOQOL-Old, con la excepción de las facetas de "Participación Social" e "Intimidad". Este resultado culmina en la indispensabilidad del cuidado especializado de las heridas realizado por profesionales cualificados y competentes, para favorecer la (re)integración de los ancianos en su entorno sociofamiliar.

Desde el punto de vista subjetivo de las entrevistas, incluso en las facetas de "Participación Social" e "Intimidad", los discursos demuestran una percepción de calidad de vida contraria, ya que todos los ancianos en general la consideran mala, especialmente por las dificultades que impone la herida, como su impacto negativo en el estado físico y emocional, la autonomía y las relaciones sociales.

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de invertir en intervenciones para hacer frente y para estimular la participación social, así como en la formulación de líneas de cuidado específicas e interprofesionales que garanticen la buena salud y calidad de vida ante el proceso de envejecimiento y la presencia de heridas. Además, esta disparidad se centra en la necesidad de incluir la percepción del individuo sobre su estado de salud en la evaluación de las condiciones crónicas.

La limitación de este estudio se debió al pequeño número de participantes debido al límite de población delimitado. Sin embargo, al relacionar grupos específicos (ancianos y personas con heridas crónicas), permite la representatividad del lugar y el período.

## REFERENCIAS

1. Duim E, FHC Sá, YAO Duarte, RCB Oliveira, ML Lebrão. Prevalência e características das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [citado en 24 mar 2020]; 49(Esp):51-7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0051.pdf>
2. Vieira CPB, Araújo TME. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018 [citado en 24 mar 2020]; 52:e03415. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017051303415>

3. Kim CG. Avaliação e manejo de clientes com distúrbios vasculares e problemas na circulação periférica. In: Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 13<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. Capítulo 30. p. 852
4. Almeida WA, Ferreira AM, Ivo ML, Rigotti MA, Barcelos LS, Silva ALNV. Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com feridas complexas crônicas. Rev Pesqui. [Internet]. 2018 [citado em 22 mar 2019]; 10(1):9-16. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.9-16
5. Lentsck MH, Baratieri T, Trincaus MR, Mattei AP, Miyahara CTS. Qualidade de vida relacionada a aspectos clínicos em pessoas com ferida crônica. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018 [citado em 24 mar 2020]; 52:e03384. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017004003384>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado em 13 ene 2019]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
7. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Rev Saúde Pública [Internet] 2006 [citado em 20 ene 2019]; 40(5):785-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
8. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-OLD pelo Microsoft Excel. Geriatr Gerontol. [Internet]. 2010 [citado em 18 ene 2019]; 4(4):214-9. Disponível em: <http://fefnet178.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/viewFile/622/391>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Vieira CPB, Furtado AS, Almeida PCD, Luz MHBA, Pereira AFM. Prevalência e caracterização de feridas crônicas em idosos assistidos na atenção básica. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2017 [citado em 22 mar 2019]; 31(3):e17397. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i3.17397>
11. Elias HC, Marzola TS, Molina NPFM, Assunção LM, Rodrigues LR, Tavares DMS. Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet]. 2018 [citado em 22 mar 2019]; 21(5):562-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081>
12. Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya AJA, Silveira MB. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet]. 2016 [citado em 29 mar 2020]; 19(1):139-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15011>
13. Oliveira ALB, Menezes TMO. Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2018 [citado em 22 mar 2019]; 71(supl 2):823-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0120>
14. Barbosa KTB, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMLO, Fernandes MGM. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [citado em 26 mar 2020]; 26(2):e2700015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>
15. Borges EL, Nascimento Filho HM, Pires Júnior JF. Prevalência de lesões crônicas de município da Zona da Mata Mineira (Brasil). Rev Min Enferm. [Internet]. 2018 [citado em 22 mar 2019]; 22:e1143. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180074>
16. Cortez ACL, Menezes JMMM, Brandão PP, Silva GCB, Dantas EHM. Correlação entre os testes de avaliação da capacidade funcional de idosos participantes de um projeto de inclusão social na cidade de Teresina – Piauí. J Health Sci. [Internet]. 2018 [citado em 22 mar 2019]; 20(4):277-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n4p277-282>
17. Martins JJ, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL, et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2009 [citado em 10 feb 2019]; 22(3):265-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300005>

18. Silveira PM, Borgatto AF, Silva KS, Oliveira ESA, Barros MVG, Nahas MV. Criação de uma escala de satisfação com a vida por meio da Teoria da Resposta ao Item. J Bras Psiquiatr. [Internet]. 2015 [citado en 22 mar 2019]; 64(4):272-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000089>
19. Gomes E, Donoso MTV, Werli-Alvarenga A, Goveia VR. Compreendendo os significados de se conviver com ferida crônica. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2018 [citado en 22 mar 2019]; 7(2):176-88. Disponible en: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/2396/pdf>
20. Ministério da Saúde (Brasil). Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [citado en 15 feb 2019]. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
21. Leal TS, Oliveira BG, Bomfim ES, Figueredo NL, Souza AS, Santos ISC. Percepção de pessoas com a ferida crônica. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [citado en 22 mar 2019]; 11(3):1156-62. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13490/16210>
22. Aguiar ACSA, Sadigursky D, Martins LA, Menezes TMO, Santos ALS, Reis LA. Repercussões sociais vivenciadas pela pessoa idosa com úlcera venosa. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [citado en 22 mar 2019]; 37(3):e55302. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.55302>
23. Santos LSF, Camacho ACLF, Oliveira BGRB, Nogueira GA, Joaquim FL. Influência da úlcera venosa na qualidade de vida dos pacientes: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2015 [citado en 22 mar 2019]; 9(supl 3):7710-22. DOI: 10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201526

### CONTRIBUCIONES

**Elayne Gonçalves Rodrigues do Nascimento** contribuyó en la concepción, la recogida y el análisis de los datos, la redacción y la revisión. **Giovanna Gabrielly Custódio Macêdo, Arthur Alexandrino, Karla Karolline Barreto Cardins y Fernanda Teixeira de Souza** participaron en la redacción y revisión. **Matheus Figueiredo Nogueira** actuó en la concepción, la recogida, el análisis de los datos y la revisión.

### Como citar este artículo (Vancouver)

Nascimento EGR, Macêdo GGC, Alexandrino A, Cardins KKB, Souza FT, Nogueira MF. Percepción de la calidad de vida de los ancianos con heridas crónicas. REFACS [Internet]. 2020 [citado en: *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(3):359-369. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

### Como citar este artículo (ABNT)

NASCIMENTO, E. G. R.; MACÊDO, G. G. C.; ALEXANDRINO, A.; CARDINS, K. K. B.; SOUZA, F. T.; NOGUEIRA, M. F. Percepción de la calidad de vida de los ancianos con heridas crónicas. REFACS, Uberaba, MG, v. 8, n. 3, p. 359-369, 2020. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

### Como citar este artículo (APA)

Nascimento, E.G.R., Macêdo, G.G.C., Alexandrino, A., Cardins, K.K.B., Souza, F.T. & Nogueira, M.F. (2020). Percepción de la calidad de vida de los ancianos con heridas crónicas. REFACS, 8(3), 359-369. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*