

**SALUD DE LA MUJER MAYOR:
CALIDAD DE VIDA Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO****SAÚDE DA MULHER IDOSA:
QUALIDADE DE VIDA E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO****ELDERLY WOMEN'S HEALTH:
QUALITY OF LIFE AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE**

Bianca do Amaral Rodrigues¹, Samara Araújo de Bulhões², Ana Laura Carvalho Leite Medeiros³, Cristina Wide Pissetti⁴

Cómo citar este artículo: Salud de la mujer mayor: calidad de vida y perfil epidemiológico. Rev Enferm Atención Saúde [Internet]. 2024 [acceso en:____]; 13(3): e202433. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v13i3.7082>

Cómo citar este artículo: Salud de las mujeres mayores: calidad de vida y perfil epidemiológico. Rev Enferm Atención Saúde [Internet]. 2024 [consultado en:____]; 13(3): e202433. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v13i3.7082>

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida (QoL) y caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de mujeres ancianas sin deterioro cognitivo. **Método:** Se trató de un estudio observacional y cuantitativo realizado en un hospital universitario entre junio de 2022 y mayo de 2023. Los datos se recolectaron utilizando tres cuestionarios: uno sociodemográfico y dos evaluaciones de QoL, el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD. Se utilizaron estadísticas descriptivas para el análisis de los datos. **Resultados:** La muestra estaba compuesta predominantemente por mujeres no blancas, viudas, católicas, con bajos niveles educativos, sedentarias, con sobrepeso, no fumadoras, no consumidoras de alcohol, y con ingresos bajos o medio-bajos. Los puntajes más altos de calidad de vida se encontraron en los dominios de relaciones sociales (WHOQOL-BREF) y funcionamiento sensorial e intimidad (WHOQOL-OLD). **Conclusiones:** Se espera que estos resultados contribuyan a una mejor comprensión de los factores que afectan la calidad de vida de las mujeres ancianas, apoyando los procesos de toma de decisiones que promuevan el bienestar de la población anciana.

Descriptor: Calidad de Vida; Salud de la Mujer; Salud del Anciano; Perfil de Salud; Epidemiología Descriptiva.

¹ Curso de Medicina/Centro de Ciencias Médicas/Universidad Federal de Paraíba

² Curso de Medicina/Centro de Ciencias Médicas/Universidad Federal de Paraíba

³ Hospital Universitario Lauro Wanderley/Universidad Federal de Paraíba

⁴ Médico geriatra. Residencia Médica en Geriátrica en el Hospital Getúlio Vargas, en Recife/PE. Maestría en Gerontología por la Universidad Católica de Brasilia, Residencia Médica en Medicina Clínica por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte y Especialización en Cuidados Paliativos por la Universidad Federal de Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-8112-3250>

⁵ Licenciatura en Biomedicina por la Facultad de Medicina del Triângulo Mineiro, maestría y doctorado en Patología Clínica por la Universidad Federal del Triângulo Mineiro. Profesor adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Centro de Ciencias Médicas de la Universidad Federal de Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-5534-8544>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida (QV) e caracterizar o perfil clínico-epidemiológico de mulheres idosas, sem comprometimento cognitivo. **Método:** Pesquisa observacional e quantitativa, realizada em um hospital universitário, entre junho de 2022 e maio de 2023. Os dados foram coletados a partir de três questionários – um de caráter sociodemográfico e dois de QV, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Para análise de dados, foi realizada estatística descritiva. **Resultados:** A amostra foi composta predominantemente por mulheres não brancas, viúvas, católicas, com baixa escolaridade, sedentárias, em sobrepeso, não fumantes e não etilistas, com renda mensal entre baixa e média-baixa. As melhores pontuações de qualidade de vida foram obtidas nos domínios de relações sociais e funcionamento do sensorio e intimidade, respectivamente, para WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. **Conclusões:** Espera-se que esses resultados possam contribuir para melhor compreensão dos aspectos que comprometem a qualidade de vida de idosas, subsidiando as tomadas de decisão que promovem o bem-estar da população idosa.

Descritores: Qualidade de Vida; Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Perfil de Saúde; Epidemiologia Descritiva.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life (QoL) and characterize the clinical-epidemiological profile of elderly women without cognitive impairment. **Method:** This was an observational and quantitative study conducted at a university hospital between June 2022 and May 2023. Data were collected using three questionnaires—one sociodemographic and two QoL assessments, the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. Descriptive statistics were used for data analysis. **Results:** The sample was predominantly composed of non-white, widowed, Catholic women with low education levels, who were sedentary, overweight, non-smokers, non-drinkers, and had a low to lower-middle income. The highest quality of life scores were in the domains of social relationships (WHOQOL-BREF) and sensory functioning and intimacy (WHOQOL-OLD). **Conclusions:** These results are expected to contribute to a better understanding of the factors affecting the quality of life of elderly women, supporting decision-making processes that promote the well-being of the elderly population.

Descriptors: Quality of Life; Women's Health; Health of the Elderly; Health Profile; Epidemiology, Descriptive.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento de la población es un fenómeno observado a escala global. En Brasil, esta realidad está cada vez más presente a un ritmo acelerado, dificultando la necesaria adaptación y reorganización social.¹ Esta transformación del perfil poblacional está influenciada por factores de las condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas, además de los hábitos de vida.^{2,3}

Como consecuencia de esta compleja transición demográfica, se produce un cambio en el perfil de salud epidemiológico de la población y un aumento en la prevalencia de Enfermedades y Condiciones No Transmisibles (ENT), especialmente las crónico-degenerativas.¹ Además, al tratarse de un proceso multifactorial, el envejecimiento se presenta de diferentes maneras y tiene diferentes niveles de deterioro funcional

para las personas mayores.² Dadas estas circunstancias, el sector salud es uno de los más seriamente impactados, ya que existe una mayor necesidad de accesibilidad a servicios, atención en diferentes niveles de complejidad, además de la mayor demanda de medicamentos de uso continuo y hospitalizaciones.¹

Junto a este proceso, hay una “feminización de la vejez”, en la que se observa una mayor longevidad entre las mujeres.^{2,3} En Brasil, representan el 55% de la población de 60 años y más y el 61% de las personas mayores mayores de edad. de 60. 80 años.⁴ Algunos factores que contribuyen a esto son la menor ocurrencia de muertes violentas por causas externas en este grupo, un menor número de fumadores, además de un menor consumo de alcohol y una búsqueda más activa de asistencia en los servicios de salud.^{3,4} La población femenina, de hecho, constituye la mayoría del grupo de usuarios del Sistema Único de Salud (SUS).⁵ A pesar de esto, se observa que las mujeres ancianas son más vulnerables a peores condiciones de salud y mayor deterioro funcional. en comparación con hombres mayores de 59 años.^{2,5}

Una supervivencia más prolongada es un desafío junto con el mantenimiento de la calidad de vida (CdV). El concepto de calidad de vida es bastante amplio e incluye tanto la salud como la multidimensionalidad y subjetividad del

individuo.⁴ En este estudio se adoptará el concepto de calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), definido como " la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes".⁶

En este contexto, el grupo de especialistas en Calidad de Vida de la OMS desarrolló el cuestionario Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud – Old⁷ (WHOQOL-OLD) para medir la calidad de vida en personas mayores, considerando las particularidades de este grupo de edad.⁷ Al estar basado en otros Instrumentos genéricos de la OMS (WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF), WHOQOL-OLD tiene un carácter multifactorial más completo que otros cuestionarios utilizados en este tipo de estudios, como el SF-36 (Short-Form Survey), que se limita a preguntas físicas. y enfermedades.⁸ Las recomendaciones de la OMS son que el WHOQOL-OLD se aplique junto con el WHOQOL-100 o el WHOQOL-BREF⁶, por ser un módulo complementario.

Aunque existen estudios sobre la calidad de vida de las personas mayores en la literatura, se encontraron pocos estudios similares a éste.⁹ En este sentido, este estudio es relevante dada la realidad del

envejecimiento progresivo de la población brasileña, considerando que la mayoría de la población anciana está compuesta por mujeres y que son más vulnerables a sufrir mayores deterioros de salud y peor calidad de vida que los hombres mayores.⁸ Este estudio puede contribuir a una mejor comprensión de aspectos relacionados con la calidad de vida de las mujeres mayores que, como resultado del proceso de envejecimiento, padecen afecciones crónicas que pueden perjudicar su calidad de vida. Hasta donde sabemos, no existen estudios sobre la calidad de vida en mujeres adultas mayores que son monitoreadas en un servicio médico especializado.

El objetivo de este trabajo fue caracterizar el perfil clínico-epidemiológico y evaluar la calidad de vida de mujeres adultas mayores sin deterioro cognitivo seguidas en un ambulatorio de geriatría de un hospital universitario.

MÉTODO

Se trata de una investigación descriptiva, observacional, con enfoque cuantitativo. El estudio se llevó a cabo en el ambulatorio de Geriatría de un hospital universitario. Fue desarrollado con pacientes del sexo femenino, de 60 años o más, seguidos en el ambulatorio de Geriatría. La elección de las mujeres se debió a su mayor susceptibilidad a los problemas sociales y físicos.

La muestra (N= 50) fue no probabilística, por conveniencia. Se invitó a participar, en el período comprendido entre junio de 2022 y mayo de 2023, en los turnos en los que hubo citas, a todas las mujeres mayores que asistieron a consulta médica en el ambulatorio mencionado y que tuvieran capacidad cognitiva para responder a los instrumentos de la investigación. El sistema de citas del hospital sólo llevaba un registro de las citas programadas, sin registrar las ausencias y sin distinción de sexo o edad, por lo que no era posible contabilizar en su totalidad el flujo de pacientes mujeres mayores de 60 años que fueron atendidas durante este período. Se excluyeron los pacientes que tuvieron su primera consulta en el servicio al momento del estudio, ya que no hubo una evaluación cognitiva previa, además de los pacientes que ya tenían déficits cognitivos confirmados en consultas previas con los geriatras del sector y los que se negaron a participar en el estudio.

La recolección de datos se realizó en dos etapas: en primer lugar se entrevistaron, por uno de los investigadores, las mujeres mayores que aceptaron firmando el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCLE). Respondieron a tres cuestionarios, el primero, elaborado por los investigadores, de carácter sociodemográfico, para obtener datos como edad, etnia, estado civil, lugar de

nacimiento, origen, educación, profesión, ingresos, religión, tabaquismo, consumo de alcohol y ejercicio físico; y los dos últimos, que evaluarían Calidad de Vida, el WHOQOL-OLD y el WHOQOL-BREF, ambos instrumentos desarrollados por el grupo de especialistas en QoL de la OMS y validados en Brasil.^{6,7} En un segundo paso, mediante consentimiento registrado en el TCLE, la información clínica de cada participante fue recopilada por uno de los investigadores, la cual hace referencia a las enfermedades presentadas en el expediente médico.

En el presente estudio se aplicó el instrumento WHOQOL-BREF, ya que presenta la misma eficiencia que el WHOQOL-100, pero en un formato más sucinto, ya que existían múltiples instrumentos de evaluación y la población objetivo se beneficiaría de una aplicación breve.

El cuestionario WHOQOL-OLD, que es el instrumento específico de evaluación de la calidad de vida en personas mayores, consta de 24 ítems y comprende 6 facetas: funcionamiento de los sentidos, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad.¹⁰ El WHOQOL-BREF está compuesto por 26 preguntas, dos sobre autopercepción de la CV y 24 que representan cada una de las facetas del WHOQOL-100 en el que se basa. Este

instrumento cubre cuatro dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente. Ambos instrumentos no establecen un punto de corte, interpretándose considerando que mayores/menores puntuaciones equivalen a mejor/peor CV.

Se creó una hoja de cálculo electrónica utilizando el programa Excel® para almacenar los datos. Luego, los datos obtenidos del formulario sociodemográfico fueron importados al programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 21, analizados mediante estadística descriptiva y presentados en tablas con frecuencias absolutas y relativas (%). Para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Cuando el valor de p es mayor que 0,05, se considera una distribución normal. Los datos con distribución normal se presentaron como media y desviación estándar y aquellos con distribución no normal se presentaron como mediana, valores mínimos y máximos y rango intercuartílico. Los resultados de la aplicación de los instrumentos WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD fueron analizados según la metodología propuesta por Pedroso.^{11,12}

En cumplimiento de los requisitos éticos contenidos en las Resoluciones del Consejo Nacional de Salud – CNS – N° 466 de 2012 y N° 510 de 2016, el trabajo fue

presentado y aprobado por el Comité de Ética del Centro de Ciencias Médicas (CCM) de la Universidad Federal de Paraíba (CEP/CCM/UFPB), bajo el certificado de presentación y evaluación ética (CAAE) n. 56561522.9.0000.8069. La recolección de datos se inició luego de la aprobación por parte del Comité de Ética antes mencionado.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 50 mujeres adultas mayores, con edades

entre 60 y 84 años. La variable edad presentó una distribución normal. La edad media fue de 73,42 años ($\pm 6,50$). La mayoría de la muestra estuvo compuesta por ancianas nacidas en el estado de Paraíba (90,0%) y de la capital de Paraíba (80,0%).

La Tabla 1 muestra datos sobre origen étnico, religión, educación e ingresos. Se observa mayor frecuencia de mujeres pardas (54,00%), viudas (44,00%), católicas (68,00%), con educación primaria incompleta (34,00%) y renta que oscila entre R\$ 1.100,00 y 4.400,00 (90,0%).

Tabla 1. Distribución de frecuencia de origen étnico, religión, educación e ingresos de mujeres mayores en un ambulatorio de geriatría de un hospital universitario, N=50, 2023.

Etnicidad	N	%
Blanco	17	34.0
Marrón	27	54.0
Negro	5	10.0
Amarillo	1	2.0
Estado civil	N	%
Soltero	7	14.0
Casado	11	22.0
Separados/divorciados	9	18.0
Viuda	22	44.0
Unión estable	1	2.0
Religión	N	%
Sin religión	1	2.0
no lo sé	1	2.0
catolicismo	34	68.0
Evangélico	12	24.0
mormón	2	4.0
Educación	N	%
Sin educación o <1 año de estudio	7	14.0
Educación primaria incompleta	17	34.0
educación primaria completa	4	8.0
secundaria incompleta	3	6.0
secundaria completa	8	16.0
Educación superior incompleta	2	4.0
educación superior completa	9	18.0
Ingreso	N	%
Hasta R\$ 1100,00	15	30.0
De R\$ 1.100,01 a R\$ 2.200,00	15	30.0
De R\$ 2.200,01 a R\$ 4.400,00	15	30.0
R\$ 4.400,01 a R\$ 6.600,00	4	8.0
Más de R\$ 11.000,00	1	2.0

Fuente: elaboración propia. Datos de la encuesta.

La Tabla 2 presenta los resultados de hábitos de vida y estado nutricional de los participantes del estudio. La mayoría de las ancianas nunca ha fumado (62,0%), no

consume bebidas alcohólicas, no practica actividad física regularmente (52,0%) y tiene sobrepeso (48,0%).

Tabla 2. Distribución de la frecuencia de tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física regular y estado nutricional de mujeres mayores en un ambulatorio de geriatría de un hospital universitario, N=50, 2023.

De fumar	N	%
Nunca fumé	31	62.0
Fumador	2	4.0
Ex fumador	17	34.0
Consumo de alcohol	N	%
Nunca	41	82.0
Una vez al año	1	2.0
Algunas veces al año	6	12.0
Una vez al mes	1	2.0
Una vez al día	1	2.0
Actividad física regular	N	%
Sí	24	48.0
No	26	52.0
Estado nutricional	N	%
Bajo peso	9	18.0
Eutrófico	17	34.0
Sobrepeso	24	48.0

Fuente: elaboración propia. Datos de la encuesta.

Se recogieron datos sobre otros problemas de salud y antecedentes quirúrgicos. Los problemas de salud más frecuentes (frecuencia superior al 10%) fueron: hipertensión arterial sistémica (78%), cataratas (48%), osteoartritis (48%), trastornos del sueño (42%), ansiedad (42%), osteoporosis (36 %), dislipidemia (36%), incontinencia urinaria (36%), diabetes mellitus (34%), nódulos tiroideos (24%), enfermedad por reflujo gastroesofágico (24%), insuficiencia venosa crónica (22%), glaucoma (20%), depresión (18%), hipotiroidismo (18%), gastritis (18%), estado de ánimo deprimido (16%), vértigo posicional paroxístico benigno (16%), estreñimiento (16%),

osteopenia (14%), diverticulosis (14%), antecedentes de accidente cerebrovascular (12%), hernia de disco (12%) y fibromialgia (12%). En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, el 16% de las ancianas fueron sometidas a histerectomía y perineoplastia. Los problemas de salud con una frecuencia igual o inferior al 10% incluyen hipoacusia (10%), quiste/bulto mamario (10%), urolitiasis (8%), distopía genital (8%), prediabetes mellitus (6%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (6%) y asma (6%).

En cuanto al análisis de la CV, se observa que el puntaje promedio de la evaluación general de CV del WHOQOL-BREF fue de 14,07 ($\pm 2,01$) entre las

mujeres mayores (Tabla 3), dentro de un rango de puntaje de 4 a 20. En cuanto a los dominios analizados, el el promedio más alto obtenido fue en el dominio de

Relaciones Sociales ($15,97 \pm 2,66$) y el más bajo en el dominio Físico ($13,13 \pm 2,43$) y Medio Ambiente ($13,85 \pm 2,22$).

Tabla 3. Puntajes promedio de WHOQOL-BREF de mujeres mayores atendidas en el ambulatorio de Geriátría de un Hospital Universitario, N=50, 2023.

Dominios	Promedio	Desviación estándar	Coefficiente de variación	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitud
Físico	13.13	2.43	18.54	8.00	18.29	10.29
Psicológico	14.43	2.72	18.83	6.00	19.33	13.33
Relaciones sociales	15,97	2.66	16.65	9.33	20.00	10.67
Ambiente	13,85	2.22	16.05	8.50	18.50	10.00
Autoevaluación de calidad de vida	14.28	3.50	24.51	4.00	20.00	16.00
Total	14.07	2.01	14.29	9.08	18.00	8,92

Fuente: elaboración propia. Datos de la encuesta.

En cuanto al WHOQOL-OLD, el puntaje promedio del grupo fue de 67,09 ($\pm 13,70$) (Tabla 4), dentro de un rango posible de 0 a 100. Los promedios más altos

se observaron en las facetas Funcionamiento Sensorial ($71,63 \pm 20,45$) e Intimidad ($69,88 \pm 21,64$). El más bajo fue en Muerte y Morir ($60,88 \pm 28,95$).

Tabla 4. Puntaje WHOQOL-OLD transformado de mujeres mayores atendidas en el ambulatorio de Geriatría de un Hospital Universitario, N=50, 2023.

Carillas	Promedio	Desviación estándar	Coficiente de variación	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitud
Funcionamiento del sensor	71,63	20.45	28,55	31.25	100.00	68,75
Autonomía	65,69	16.54	25.18	31.25	100.00	68,75
Actividades pasadas, presentes y futuras.	67,50	17.22	25,51	12.50	100.00	87,50
Participación social	66,88	19,69	29,45	12.50	100.00	87,50
Muerte y moribundo	60,88	28,95	47,56	0.00	100.00	100.00
Intimidad	69,88	21.64	30,97	0.00	100.00	100.00
Calidad de vida general	67.09	13.70	20.42	37,50	91,67	54.17

Fuente: elaboración propia. Datos de la encuesta.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e inquietudes.¹³ En este sentido, la cuatro dominios de la versión abreviada del WHOQOL pueden ayudar a comprender los aspectos multifactoriales de la calidad de vida, como la salud física y psicológica, las relaciones sociales y el medio ambiente.¹³ Por lo tanto, se observa que el concepto de calidad de

vida es complejo. Involucra aspectos de salud física, vínculos sociales, estado mental, nivel de independencia y la interacción del individuo con el entorno que lo rodea.³ Evaluar la calidad de vida entre las personas mayores puede ser una estrategia importante para describir la satisfacción en esta etapa de la vida, además de ayudar a definir estrategias de políticas locales.¹⁵

El envejecimiento es un proceso natural, en el que las personas tienden a volverse gradualmente más vulnerables y dependientes en sus actividades de la vida diaria. Comprender este proceso de manera

más amplia, considerando aspectos físicos y de calidad de vida, puede ayudar a mejorar las estrategias de atención por parte de los profesionales de la salud.

En cuanto al perfil sociodemográfico, los resultados obtenidos en este estudio muestran predominio de mujeres de color (54%), con educación primaria incompleta (34%) y con renta de hasta R\$ 4.400,00 (90%). De acuerdo con nuestros hallazgos, un estudio observó una educación y unos ingresos bajos en las personas mayores estudiadas.¹⁶ La educación y los ingresos bajos pueden reflejarse en la calidad de vida, especialmente en términos de fragilidad y limitaciones sociales.¹⁷ La educación puede contribuir a un envejecimiento más autónomo, facilitando el acceso a mejores oportunidades de empleo, una mejor gestión de los ingresos y a minimizar el impacto de las condiciones socioeconómicas en relación con la calidad de vida.³

En nuestra muestra se observó que el 44% de las ancianas eran viudas y el 68% se declaraba católica. Un resultado similar se observó en un estudio¹⁸ realizado en la ciudad de Recife, Pernambuco, con mujeres ancianas participantes de un proyecto. Es posible suponer que la mayor frecuencia de viudas se debe a que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida en comparación con los hombres, ya que cuidan más su salud. Otro factor que puede explicar este

resultado es que las mujeres mayores tienden a permanecer viudas o solas tras la muerte de su cónyuge.¹⁹

En cuanto al peso, se observó que el 48% de las mujeres mayores tenían sobrepeso. Un estudio²⁰ mostró una mayor prevalencia de exceso de peso en mujeres que en hombres. Sin embargo, hubo una disminución en la prevalencia del exceso de peso con la edad. El exceso de peso es un reflejo de cambios globales en la dieta. A este escenario ha contribuido el creciente consumo de alimentos ultraprocesados y de bajo valor nutricional, asociado a la reducción de la práctica de actividades físicas.²⁰ Nuestro estudio identificó que el 52% de las mujeres mayores no practican actividad física, lo que puede explicar el Alta frecuencia de sobrepeso en nuestra muestra, aunque no se evaluó el consumo de alimentos. Las actividades físicas y el ocio ayudan a promover la socialización de las personas mayores, volviéndolas activas. Además, ayudan con la percepción de control y reducción de los síntomas depresivos.³

Analizando el perfil de salud de las mujeres mayores de nuestro estudio, observamos que todas tenían algún problema de salud. Hubo predominio de enfermedades y afecciones crónicas y no transmisibles.¹ Las más frecuentemente observadas fueron hipertensión arterial sistémica (78%), cataratas (48%) y

osteoartritis (48%). Los problemas de salud observados prevalecen entre las personas mayores, como resultado del proceso de envejecimiento. En nuestra muestra, la alta frecuencia de hipertensión arterial sistémica puede estar asociada con sobrepeso y baja actividad física (el 52% no practica). Vale la pena señalar que estos resultados pueden verse influenciados por las características de la muestra, monitoreada por expertos focales. Además, un estatus económico más bajo se asocia con un menor acceso a los servicios de salud y vulnerabilidad social, lo que provoca deterioro funcional y una mayor incidencia de factores de riesgo y susceptibilidad a problemas de salud.³

La calidad de vida se evaluó mediante dos instrumentos, el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD, para poder identificar aspectos específicos del envejecimiento. Hasta donde sabemos, la aplicación de dos cuestionarios de calidad de vida, considerados complementarios en la evaluación de la calidad de vida de mujeres mayores atendidas en servicios especializados, no tiene precedentes en la literatura. La puntuación media de la evaluación de la calidad de vida según WHOQOL-BREF¹⁰ fue 14,07 ($\pm 2,01$). Considerando la puntuación de 4 a 20, podemos inferir que las mujeres mayores de nuestra muestra tienen una calidad de vida relativamente buena. En el WHOQOL-OLD¹¹ la puntuación media del grupo fue de

67,09 ($\pm 13,70$), CV que puede considerarse buena en el rango posible de 0 a 100. Teles et al. (2021)⁹ observaron una media de 67,84 en el dominio general de calidad de vida, muy similar a nuestros resultados. Para el WHOQOL-OLD, los mismos autores⁹ dividieron a las ancianas en grupos con y sin pareja, obteniendo medias de 7,88 y 7,19, respectivamente. La discrepancia en las medias observadas para el instrumento WHOQOL-OLD probablemente se deba a la diferencia en la forma en que se evaluaron los resultados.

En cuanto al WHOQOL-BREF, observamos una mejor puntuación en el dominio Relaciones Sociales (15,97 $\pm 2,66$), que cubre relaciones personales, apoyo/apoyo social y actividad sexual.⁶ Se encontraron resultados similares en un estudio¹⁵, con puntuaciones más altas de CV en el dominio dominios de relaciones sociales (75,10 $\pm 17,27$) y psicológico (69,69 $\pm 15,33$), observados en ancianos de una comunidad del estado de Rio Grande do Sul.¹⁵ Un estudio⁹ encontró una puntuación más alta en el Dominio Psicológico (67,45 $\pm 9,86$). Los autores²¹ observaron medias más altas en los dominios psicológico y social (83,3) entre los practicantes de pilates, con edades comprendidas entre 70 y 74,9 años.

Las puntuaciones más bajas en el WHOQOL-BREF corresponden a los dominios Físico y Ambiental, que evalúan,

respectivamente, dolor y malestar, energía y fatiga; seguridad física, recursos financieros, atención sanitaria y social, acceso al ocio, información y nuevas habilidades, y entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima y transporte).⁶ En la literatura, encontramos una asociación significativa entre las enfermedades crónicas, principalmente diabetes e hipertensión, con una percepción negativa de la salud de los pacientes⁵, que puede extenderse a la autopercepción de la calidad de vida. Esto se reflejaría en las puntuaciones principalmente de los dominios que abordan la autopercepción física y de salud. Nuestros resultados corroboran un estudio de mujeres mayores de 90 años o más en Polonia.²

En el WHOQOL-OLD se observan buenos puntajes, considerando el puntaje promedio del cuestionario ($67,09 \pm 13,70$), en las facetas de Participación Social ($66,88 \pm 19,69$) e Intimidad ($69,88 \pm 21,64$), que evalúan respectivamente la participación en el día a día. actividades, principalmente en la comunidad, y el desarrollo de relaciones interpersonales.⁶ Considerando estos hallazgos, se puede asumir que en este grupo existe una presencia constante de una red de apoyo, pero con cierto deterioro en la autonomía de las mujeres mayores, faceta con la segunda puntuación más baja en el cuestionario WHOQOL-OLD ($65,69 \pm 16,54$).

En cuanto a los resultados correspondientes al WHOQOL-OLD, se observaron mejores puntuaciones en las facetas de Funcionamiento Sensorial e Intimidad, hallazgos que coinciden con los resultados de otro estudio que abordó la CV con mujeres mayores de las cinco regiones de Brasil.⁴ La primera faceta evalúa funcionamiento de las capacidades sensoriales y el impacto de su pérdida en la calidad de vida, la otra faceta evalúa las relaciones interpersonales, los sentimientos de compañerismo y la experiencia del amor.⁴ Estos dos componentes pueden considerarse interconectados, ya que el cinco sentidos otorgan a las mujeres mayores la capacidad de interactuar con otros individuos y participar en actividades sociales.¹⁰ Cabe resaltar que el trabajo antes mencionado realizó una recolección en línea⁴, que terminó seleccionando, en general, mujeres mayores más jóvenes y con mayor nivel educativo. con acceso a herramientas tecnológicas. Esto supuestamente tendría un impacto en el estándar de calidad de vida, especialmente en lo que respecta a la comparación entre facetas⁴, ya que el grupo tendría más oportunidades de interacción social, acceso a la información y mayor integridad de sus sentidos. Sin embargo, se observó que, a pesar de los diferentes perfiles socioeconómicos de las obras, el panorama de CV en términos de facetas mostró

resultados similares. Es importante resaltar que los puntajes absolutos fueron más bajos en el presente estudio, resultado esperado de una muestra con niveles más bajos de educación e ingresos.⁴

CONCLUSIÓN

En este trabajo, fue posible caracterizar el perfil de salud y la calidad de vida de mujeres ancianas que acuden al ambulatorio de geriatría de un hospital universitario ubicado en la región Nordeste de Brasil.

La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres mayores no blancas, viudas, católicas, con baja escolaridad, sedentarias, con sobrepeso, no fumadoras y no bebedoras, con ingresos mensuales entre bajos y medios bajos. Hubo una incidencia importante de afecciones crónicas no transmisibles, con énfasis en la prevalencia del 78% de hipertensión arterial sistémica.

Los dominios con mayor puntuación fueron las relaciones sociales y la psicología, en el WHOQOL-Bref. En el WHOQOL-Old, las facetas que obtuvieron mejores puntuaciones fueron el funcionamiento sensorial y la intimidad.

En cuanto a las limitaciones, en la literatura no se encontraron estudios similares a este, lo que dificulta comparar hallazgos y discutir muchos de nuestros resultados. Además, la muestra estuvo

compuesta por mujeres mayores que recibían atención secundaria de salud, lo que puede considerarse un sesgo, ya que selecciona de alguna manera la naturaleza de las quejas. Además, las mujeres enfermas buscan atención especializada, lo que también puede interferir con la percepción de la calidad de vida.

A pesar de las limitaciones de este estudio, se espera que estos resultados puedan aportar datos que ayuden en la gestión de las demandas de las mujeres mayores.

Fuente de financiación: propia

REFERENCIAS

1. Medeiros KKAS, Coura AS, Ferreira RT. O aumento do contingente populacional de idosos no Brasil e a atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. *Arq Ciências Saúde UNIPAR* [Internet]. 2017 [citado em 31 out 2024]; 21(3):201-207. Disponible em: <http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/6034/3500>
2. Negrini ELD. Envelhecimento e funcionalidade: uma análise de trajetórias [Internet]. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020 [citado em 31 out 2024]. Disponible em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6141/tde-25082020-113348/publico/tese_EtienneDuim_versaofinal.pdf
3. Santos NR, Souza CL, Ferreira AS, Alves JP, Reis VN, Silva ES. Fatores relacionados à qualidade de vida da mulher idosa no município de Guanambi (BA). *Estud Interdiscip Envelhec*. [Internet]. 2019 [citado em 31 out 2024]; 24(2):61-79. Disponible em:

<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/82833/55866>

4. Souza Júnior EVD, Rosa RS, Cruz DP, Silva Filho BFD, Santos BFMD, Silva CDS, et al. Função sexual e sua associação com a sexualidade e a qualidade de vida de mulheres idosas. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2023 [citado em 31 out 2024]; 27(2):e20220227. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8JnqPYbyZkwRxzR7NKHJ9Nm/?format=pdf&lang=pt>
5. Leite FMC, Silva JAS, Luis MA, Batisa KM, Lima EFA. Autopercepção de saúde de usuárias da atenção primária. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)* [Internet]. 2021 [citado em 31 out 2024]; 13:802-808. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1222726#fulltext_urls_biblio-1222726
6. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Ment Health* [Internet]. 1994 [citado em 31 out 2024]; 23(3):24-56. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207411.1994.11449286>
7. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Psiquiatria: Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1999. Porto Alegre: UFRGS, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000200012>
8. Doosti-Irani A, Nedjat S, Nedjat S, Cheraghi P, Cheraghi Z. Quality of life in Iranian elderly population using the SF-36 questionnaire: systematic review and meta-analysis. *East Mediterr Health J.* [Internet]. 2019 [citado em 31 out 2024]; 24(11):1088-1097. Disponível em: https://applications.emro.who.int/EMHJ/v24/11/EMHJ_2018_24_11_1088_1097.pdf
9. Teles MAB, Medeiros MRB, Moura NSV, Santos CS, Souza JA, Dias CRP, et al. Qualidade de vida de idosas participantes de um grupo de convivência no município de Bocaiúva-MG. *Rev Saúde Pública Paraná* [Internet]. 2021 [citado em

- 31 out 2024]; 4(2):75-89. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/503/210>
10. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006 [citado em 31 out 2024]; 40(5):785-791. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/npytCGWXXKT653V5RqHyktGz/?format=pdf&lang=en>
11. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Rev Bras Qual Vida* [Internet]. 2010 [citado em 31 out 2024]; 2(1):31-36. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/download/687/505>
12. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-OLD pelo Microsoft Excel. *Geriatrics & Gerontologia*. 2010; 4(4):214-219. Disponível em: <https://www.brunopedroso.com.br/whoqol-old.html>
13. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado em 31 out 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol>
14. Landeiro GMB, Pedrozo CCR, Gomes MJ, Oliveira ERA. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2011 [citado em 31 out 2024]; 16(10):4257-1266. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RSCBZFWcKKsp43vCvdCzTth/?format=pdf&lang=pt>
15. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev LatinoAm Enferm.* [Internet]. 2013 [citado em 10 jun 2024]; 21(N Esp):3-11. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52920/56898>
16. Braga JAC, Prestes YA, Santos AF, Oliveira HGA, Souza K, Oliveira DC, et

- al. Perfil cognitivo e de funcionalidade de idosos comunitários residentes no interior do estado do Amazonas. *Saúde Redes* [Internet]. 2023 [citado em 31 out 2024]; 9(Supl 6):4353. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4353/1301>
17. Doimo LA, Derntl AM, Lago OC. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2008 [citado em 31 out 2024]; 13(4):1133-1142. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rrm3LnNS9R6nQdFDZNHftHG/?format=pdf&lang=pt>
18. Cartaxo HGO, Silva EAPC, Santos ARM, Siqueira GBS, Pazzola PM, Silvestre CMMF. Percepção de idosas sobre o envelhecimento com qualidade de vida: subsídio para intervenções públicas. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [citado em 31 out 2024]; 13(1):158-168. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3787/2992>
19. Cauduro A, Gonçalves AJ, Cauduro MHF. Fatores associados a morar sozinho e suas diferenças regionais em idosos residentes de porto alegre e manaus. *Estud Interdiscip Envelhec*. [Internet]. 2013 [citado em 10 jun 2024]; 18(2):349-365. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhec/article/view/36960/27662>
20. Martins RBM, Torres JL, Moreira BS, Lima-Costa MF, Ygnatios NTM. Características sociodemográficas associadas ao baixo peso e ao excesso de peso em adultos com 50 anos ou mais (ELSI-Brasil): diferenças entre sexos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2024 [citado em 31 out 2024]; 40(1):e00037023. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8499/18952>
21. Costa TRA, Vagetti GC, Piola TS, Silva MP, Pacífico AB, Bozza R, et al. Comparação da percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes do Método Pilates. *Cad Saúde Colet (Rio J)*. [Internet]. 2018 [citado em 31 out 2024]; 26(3):261-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/hdvR8nGdSynsdSvwsv8ygmD/?format=pdf&lang=pt>
22. Pinkas J, Gujski M, Humeniuk E, Raczkiewicz D, Bejga P, Owoc A, Bojar I. State of health and quality of life of women at advanced age. *Med Sci Monit*. [Internet]. 2016 [citado em 31 out 2024]; 22:3095-3105. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5017687/pdf/medscimonit-22-3095.pdf>

RECIBIDO: 05/10/23

APROBADO: 23/10/24

PUBLICADO: 11/2024