

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
EM PROCESSO DE ALFABETIZAÇÃO:
UM ESTUDO LONGITUDINAL**

**CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS
EN PROCESO DE ALFABETIZACIÓN:
UN ESTUDIO LONGITUDINAL**

**QUALITY OF LIFE OF ELDERLY INDIVIDUALS
RECEIVING LITERACY TRAINING:
A LONGITUDINAL STUDY**

Bruna Rodrigues dos Santos - Mestranda em Ciências da Saúde/ Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos SP, Brasil

Allan Gustavo Brigola - Mestrando em Ciências da Saúde/ Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos SP, Brasil

Fabiana de Souza Orlandi - Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Gerontologia e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos SP, Brasil

Rosely Moralez de Figueiredo - Doutora em Saúde Mental. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos SP, Brasil

Sofia Cristina Iost Pavarini - Pós doutora em Gerontologia. Docente do Departamento de Gerontologia e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos SP, Brasil

Keika Inouye - Doutora em Educação Especial. Docente do Departamento de Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos SP, Brasil

VOL. 1 N.º 1 ABRIL 2015

RESUMEN

En Brasil, con el envejecimiento poblacional, los programas de Educación de Jóvenes y Adultos (EJA) pasaron a contar con un contingente considerable de personas con 60 años o más. **Objetivos:** Identificar la relación entre las variables calidad de vida, tiempo de ingreso en la EJA, síntomas depresivos y estado cognitivo; y comparar los puntajes de calidad de vida de estos ancianos longitudinalmente. **Método:** Investigación descriptiva, correlacional, comparativa, longitudinal y cuantitativa. Los participantes fueron todos los ancianos que se encontraban en un proceso de alfabetización, en un municipio brasileño, durante el trienio de 2012 a 2014. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de identificación sociodemográfica, el WHOQOL-bref, el WHOQOL-old, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y el Mini Examen del Estado Mental. **Resultados:** Los ancianos son predominantemente del sexo femenino, se encuentran en los intervalos etarios iniciales de la vejez y con renta baja. La puntuación en la GDS tuvo relación con los dominios Físico ($p<0,05$), Medio Ambiente ($p<0,01$), Autonomía ($p<0,01$), Actividades Pasadas, Presentes y Futuras ($p<0,05$), Intimidad ($p<0,01$) y Relaciones Sociales ($p<0,01$). Los puntajes de cognición presentaron relación con el dominio Autonomía ($p<0,01$). El dominio que presentó diferencia significativa, en el período de 2012 a 2014, fue el Físico que empeoró en 2013 cuando comparado con 2012 ($P1=70,23$; $P2=61,20$; $P3=62,40$). Los resultados no pueden ser generalizados, ya que representan apenas a los ancianos que están en proceso de alfabetización en una ciudad de porte medio del interior del estado de Sao Paulo (Brasil).

Descriptores: Gerontología; envejecimiento; calidad de vida; alfabetización; educación

ABSTRACT

Because of population aging in Brazil, educational programs directed to young and adult individuals now have to absorb a large number of 60 year old or older individuals. **Objectives:** Identify the relationships among the variables quality of life, time attending the program, depressive symptoms, and cognitive status; and longitudinally compare the scores concerning the quality of life of these individuals. **Method:** Descriptive, correlational, comparative, longitudinal and quantitative study. The participants were elderly individuals who attended literacy training provided in a Brazilian city from 2012 to 2014. The instruments to collect data included sociodemographic characterization, the WHOQOL-bref, WHOQOL-old, the Geriatric Depression Scale (GDS), and the Mini Mental State Examination. **Results:** The participants were predominantly young-elderly women, with low incomes. Scores obtained on the GDS were related with the domains: Physical ($p<0.05$); Environment ($p<0.01$); Autonomy ($p<0.01$), Past, Present and Future Activities ($p<0.05$), Intimacy ($p<0.01$); and Social Relationships ($p<0.01$). The scores con-

cerning cognition were related to the Autonomy domain ($p < 0.01$). The physical domain of quality of life presented significant worsening in 2013 when compared to 2012 ($M1=70.23$; $M2=61.20$; $M3=62.40$). These results cannot be generalized because they concern only elderly individuals receiving literacy training provided in a midsized city in the interior of São Paulo, Brazil.

Descriptors: Geriatrics; aging; quality of life; literary; education.

INTRODUCCIÓN

Brasil, en 2013, era el octavo país con mayor número de analfabetos en el mundo (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2013). Datos más recientes del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) muestran que, actualmente, cerca de 13,2 millones de brasileños con 15 años o más no saben leer y escribir, equivalente a 8,7% de la población brasileña; esta tasa venía cayendo constantemente desde 1998, pero volvió a crecer. En 2011, eran 12,9 millones de analfabetos, equivalentes a 8,6% del total. En 2004, la tasa de analfabetismo brasileña llegaba a 11,5% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). La tasa de analfabetismo en el país se ha mostrado más alta en los grupos con edades más elevadas, en todas las regiones. Entre aquellos que tenían de 15 a 19 años de edad, la tasa fue de 1,2%, contra 1,6% entre los de 20 a 24 años, 2,8% en el grupo de 25 a 29 años, 5,1% de 30 a 39 años, alcanzó 9,8% para las personas de 40 a 59 años y fue de 24,4% entre los con 60 años o más de edad (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012).

En este contexto, se refuerza la importancia de la Educación de Jóvenes y Adultos (EJA), una modalidad destinada a la reinserción del joven y del adulto en la sala de clase, por medio de características propias y metodologías específicas. Tiene su base legal en la ley 9.394, de 20 de diciembre de 1996, que establece las directrices y bases de la educación nacional, además de la resolución del Consejo Nacional de Educación/Cámara de Educación Básica (CNE/CEB) n°1, de 5 de julio de 2000 y del dictamen CEB n°11 de 2000, que establecen las directrices curriculares nacionales para la educación de jóvenes y adultos.

Se trata de una política cuyos beneficios son percibidos en todos los ámbitos de la vida. De esta forma, se busca suplir esta deficiencia, todavía grande en el país, la que constituye una verdadera barrera para el ejercicio pleno de la ciudadanía de muchos brasileños, destacándose como una cuestión urgente.

En Brasil, según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), en los años 70, aproximadamente 5% de la población era considerada anciana. En 2010, ese porcentaje casi dobló (9,2%) y se estima que en 2050 el crecimiento llegue a 123% (Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística, 2010). Se estima que Brasil será el sexto país del mundo en número de ancianos. Este proceso, que sucede notoriamente de forma rápida en el país, es uno de los grandes desafíos del siglo que se inició a poco más de una década y exige que se resuelva satisfactoriamente la necesidad de garantizar derechos y calidad de vida, para un envejecimiento activo, saludable y digno (Oliveira, 2013).

Ese contingente contemporáneo de ancianos presenta, a cada día, nuevos comportamientos y nuevas conductas sociales. Actualmente, los ancianos están en busca de mayor inserción social y alternativas de inclusión. La participación de los ancianos en programas de alfabetización de adultos ha sido creciente, especialmente entre las mujeres. Esos ancianos dejan la inactividad y los aspectos negativos del envejecimiento y buscan nuevas oportunidades de inclusión social.

La educación para el anciano está prescrita en la Política Nacional del Anciano (Ley 8842/1994) y en el Estatuto del Anciano (Ley 10741/2003). Estas Leyes explicitan la importancia que tiene el poder público de incentivar y apoyar la implantación de programas de educación permanente para ancianos y de universidades abiertas para la tercera edad. Entretanto, en el orden jurídico no existe una política educacional específica para el intervalo etario arriba de 60 años, que incluya al anciano en las políticas educacionales para los jóvenes y adultos; la inclusión de ese intervalo contribuiría para combatir el prejuicio en relación al analfabetismo y al anciano.

Barnes y Yaffe (2011), en una revisión sistemática sobre factores de riesgo potencialmente modificables para la Enfermedad de Alzheimer (EA), indicaron que el bajo nivel educacional es el más prevalente factor de riesgo para la EA. En todo el mundo, cerca de 19% (6,5 millones) de los casos de EA son potencialmente atribuibles a la baja escolaridad. Además de eso, por medio de proyecciones y estadísticas, los autores destacan que la reducción de 10% en la prevalencia de bajo nivel de escolaridad puede potencialmente reducir la prevalencia de la EA en más de 500 mil casos en el mundo y una reducción de 25% podría reducir la prevalencia de la EA en cerca de 1,4 millones de casos en el mundo.

Marques (2009) discutió e indicó la educación como uno de los principales medios para vencer los desafíos impuestos a los ancianos en la sociedad actual, ya que, con el aprendizaje de nuevos conocimientos y oportunidades, estos serán capaces de buscar su bienestar físico y emocional, una vez que la ausencia de lectura y escritura es una barrera que muchos poseen.

Cachioni y Neri (2004) observaron que la educación en Universidades de la Tercera Edad puede favorecer el envejecimiento bien sucedido, debido a que promueve la flexibilidad cognitiva, el ajuste personal, el bienestar subjetivo y la imagen social de los ancianos.

Ordóñez, Batistoni y Cachioni (2011) estudiaron la prevalencia de síntomas depresivos en ancianos participantes de una Universidad Abierta para la Tercera Edad (UnATE), teniendo

como referencia el tiempo de participación. Fueron entrevistados 140 ancianos (31 hombres y 109 mujeres), con promedio de edad de 64,5 años. Las autoras concluyeron que la permanencia en la UnATE superior a un semestre se relaciona con una disminución significativa de los síntomas depresivos. El estudio enfatizó también, con base en sus resultados, que la participación social del anciano puede generar una mejoría en la calidad de vida, una vez que ésta les permite permanecer activos e independientes por más tiempo.

En 2012, Kissaki et al. investigaron si la participación de ancianos en una UnATE puede contribuir para la manutención del desempeño cognitivo. Fueron entrevistados 180 ancianos ($P=64,9$ años, $DE=5,8$), 51 hombres y 129 mujeres, en el inicio y al final de su participación en la Universidad, en el año de 2010. Los autores concluyeron que hubo asociación positiva significativa entre la variable escolaridad con el desempeño en los pruebas cognitivas y relación inversa entre escolaridad y el número de síntomas depresivos. Campolina, Pinheiro, Ciconelli, y Ferraz (2011), con el objetivo de evaluar la calidad de vida de la población adulta brasileña, con una muestra probabilística de 2.420 personas con 40 años o más en diferentes regiones geográficas de Brasil (725 hombres y 1.695 mujeres), utilizando el instrumento SF-8, observaron que las mujeres presentaron peor calidad de vida en todas las subescalas en relación a los hombres, con excepción de vitalidad. Hubo una reducción progresiva de la calidad de vida con el avance de la edad en relación a las diferentes subescalas del test aplicado; y, un aumento en la calidad de vida, con un mayor número de años de escolaridad en la mayoría de las subescalas.

Dentro de esta perspectiva, los estudios muestran una estrecha relación entre educación y calidad de vida del anciano, un tema contemporáneo que ha asumido gran importancia en diversos aspectos.

El concepto de calidad de vida es amplio debido a su carácter multidimensional y subjetivo. A pesar de no haber una definición única para el concepto de calidad de vida, la más utilizada pertenece a la OMS, que define la calidad de vida como “la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (WHOQOL group, 1994, p.42).

La calidad de vida y el envejecimiento han sido temas de investigaciones crecientes. A pesar de que muchos autores asocian la calidad de vida de ancianos al área de la salud, es importante destacar que el concepto de calidad de vida tiene un carácter multidimensional y debe incluir también otros dominios, entre ellos la educación.

Según una reflexión de Rocha y Bartholo (2010, p. 22), “la calidad de vida abarca muchos significados que reflejan los conocimientos, las experiencias y los valores, tanto de individuos como de colectividades, y esos significados expresan el momento histórico, la clase social y la cultura a las cuales pertenecen”.

Investigaciones realizadas con ancianos participantes de UnATEs han apuntado que cuanto mayor es el número de años de estudio, mejor es la calidad de vida de los ancianos (Castro, 2007; Kretzer, et al., 2010). En este aspecto, no encontramos, hasta el momento, ningún estudio que evaluase la calidad de vida de ancianos en proceso de alfabetización en Brasil.

Según el Censo Demográfico del IBGE, en 2011, en el Estado de Sao Paulo, en el sistema de clases presenciales de la EJA, 14.213 personas poseían 60 años o más, siendo que aproximadamente 70,7% de este número se concentraba en la enseñanza de la 1ª a la 4ª serie, en el proceso de alfabetización (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011).

El estudio de Oliveira (2013) que tuvo por objetivo analizar las tesis y disertaciones defendidas en el ámbito nacional, en el período de 2000 a 2011, cuyos temas de investigación versaban sobre la educación para la tercera edad y UnATE, verificó que, de un total de 135 disertaciones y tesis registradas en ese período, 27 trabajos presentaban la temática propuesta. Con relación a la metodología utilizada en las investigaciones estudiadas, tres eran investigaciones bibliográficas y documentales y una era un estudio de caso. La investigación de campo fue realizada en 15 de las investigaciones analizadas. Fue predominante la investigación cualitativa y dos investigaciones explicitaron la naturaleza cuantitativa y cualitativa.

De acuerdo con el levantamiento de Oliveira (2013), según 10 trabajos, la educación posee un impacto positivo porque posibilita la información y adquisición de nuevos conocimientos, la ampliación de amistades, la mejoría de la calidad de vida y de la salud, posibilita mayor inserción y participación social, proporciona oportunidades para el desarrollo de más habilidades, permite la reivindicación de derechos y el pleno ejercicio de la ciudadanía.

En este sentido, buscando suplir este vacío existente, este estudio tiene por objetivo comparar la calidad de vida de ancianos que frecuentaron el programa de Educación de Jóvenes y Adultos (EJA) en el municipio de Sao Carlos-SP, longitudinalmente de 2012 a 2014 y evaluar la relación entre calidad de vida y síntomas depresivos, cognición y tiempo de ingreso de los ancianos en el programa.

MÉTODO

Se trata de una investigación descriptiva, comparativa y correlacional, con delineamiento longitudinal, basada en los presupuestos del método cuantitativo de investigación.

Todos los cuidados éticos fueron observados. Los procedimientos de recolección de datos fueron realizados después de aprobados por el Comité de Ética en Investigación de una universidad brasileña (Dictámenes 72.055/2012 y 277.356/2013).

Participantes

El estudio fue realizado con todos los alumnos con edad igual o superior a 60 años que se encontraban en proceso de alfabetización (curso de formación básica para adultos I y II – 1ra a 4ta serie) en el Programa de Educación de Jóvenes y Adultos del municipio mencionado, que aceptaron participar de la investigación y que se mantuvieron en el programa durante los años de 2012, 2013 y 2014 (n=15). Los alumnos frecuentaban diferentes escuelas municipales, distribuidas en diferentes regiones del municipio.

Procedimiento para la recolección y análisis de los datos

La recolección de datos fue realizada en el período de junio de 2012 a mayo de 2014. Fueron realizadas entrevistas individuales previamente programadas con los ancianos, en las propias escuelas en donde frecuentaban las clases, en espacios reservados para esa finalidad. Los datos fueron organizados en bancos de datos electrónicos, introduciéndolos en planillas del programa estadístico SPSS versión 19,0 (*Statistical Package for the Social Science*).

Los análisis descriptivos fueron presentados en formato de tablas con frecuencia y medidas de posición (promedio, mediana, mínimo y máximo) y dispersión (desviación estándar - DE). El test de Shapiro-Wilk fue utilizado para verificar la normalidad en los datos.

Fueron utilizados el test de correlación de Spearman para el análisis de la correlación entre las variables “calidad de vida”, “tiempo de ingreso en el programa”, “síntomas depresivos” y “estado cognitivo”; y el test de Friedman para el análisis de medidas repetidas de calidad de vida.

Los niveles de confianza y significación estadística adoptados fueron, respectivamente, 95% y 5% ($p \leq 0,05$).

Instrumentos para recolección de datos

Caracterización sociodemográfica: instrumento construido con base en el Protocolo de Evaluación Gerontológica del curso de graduación en Gerontología de la Universidad Federal de Sao Carlos, con informaciones sobre edad, sexo, raza, renta mensual, estado civil y tiempo de ingreso en el programa, para identificación de los ancianos.

Evaluación de la calidad de vida: se utilizó el WHOQOL-bref y WHOQOL-old, ambos, validados por la OMS para evaluar la calidad de vida en diversos dominios, o sea, la percepción individual en relación al contexto de vida en que la persona se encuentra. El WHOQOL-bref es un instrumento genérico de evaluación de la calidad de vida general, desarrollado en 1998 por la necesidad de contar con un instrumento de rápida aplicación. Se trata de la versión abreviada del WHOQOL-100, que consta de 26 preguntas divididas en cuatro dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente; dos preguntas son generales sobre calidad de vida y las otras 24 representan cada una de las 24 facetas que componen el instrumento original. En Brasil, fue

validado por Fleck, et al. (2000). Los resultados son obtenidos a partir de la transformación de las respuestas en puntajes por dominios que varían en la escala de 0=peor a 100=mejor, no habiendo un valor único que resuma toda la evaluación, lo que resulta en un estado general de la calidad de vida mejor o peor. El WHOQOL-old surgió del interés del grupo WHOQOL en desarrollar un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en ancianos, justificado por el hecho de no ser posible asumir apenas las mismas variables del WHOQOL-100 y WHOQOL-bref para la población anciana, ya que existen especificidades a ser evaluadas en este intervalo etario. Considerando el carácter subjetivo de la calidad de vida y su naturaleza multidimensional, el WHOQOL-old es un instrumento modular de evaluación de la calidad de vida, validado para el contexto brasileño, que debe ser aplicado conjuntamente con el WHOQOL-100 o WHOQOL-bref. Está compuesto por 24 ítems de la escala de Likert atribuidos a seis facetas: funcionamiento sensorial; autonomía; actividades pasadas, presentes y futuras; participación social; muerte y morir; e intimidad.

Evaluación de los síntomas depresivos

Fue utilizada la Escala de Depresión Geriátrica ("Geriatric Depression Scale" – GDS), versión 15 ítems, creada por Sheikh y Yesavage (1986) y validada en Brasil por Almeida y Almeida (1999); para responder el individuo debe señalar/mencionar Si o No después de cada pregunta. El resultado entre seis y 10 puntos indica presencia de sintomatología depresiva leve, y el puntaje igual o mayor que 11 caracteriza sintomatología depresiva grave.

Rastreo de alteraciones cognitivas

Se adoptó el Mini Examen del Estado Mental (MEEM), instrumento utilizado internacionalmente que suministra informaciones sobre diferentes dimensiones cognitivas. Fue desarrollado por Folstein, Folstein, y McHugh (1975) y traducido, adaptado y validado en Brasil por Bertolucci, Brucki, Campacci, y Juliano (1994). Participan diferentes categorías de respuestas verbales y no verbales, que cuantifican los siguientes aspectos cognitivos: orientación espacial y temporal; memoria inmediata, de evocación y de procedimiento; atención; lenguaje; y, capacidad visuo-constructiva. El test está compuesto por 12 ítems, con puntuación máxima de 30 puntos. La nota de corte, o sea la puntuación que indica probable presencia de alteraciones cognitivas, varía de acuerdo con el nivel de escolaridad de los individuos, y fueron utilizadas las notas propuestas por Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci y Okamoto (2003).

RESULTADOS

Caracterización de los ancianos

Fueron realizadas entrevistas individuales con 15 ancianos que frecuentaban las salas de alfabetización del Programa de Educación de Jóvenes y Adultos en el municipio de Sao Carlos-SP en el trienio 2012-2014. De estos 93,3% (n=14) eran del sexo femenino y 6,7% (n=1) del sexo masculino. La edad promedio fue de 67,1 años (DE=5,85), con predominio de ancianos entre 60 y 64 años.

En relación a la situación conyugal la mayoría de los ancianos era casada 46,7% (n=7), seguido de viudos 40% (n=6). Gran parte de los ancianos, 60% (n=9), profesaba la religión católica; 80% (n=12), se autodeclaraba, en relación a su color, como blancos; y, 60% (n=9) poseía renta individual entre 1 a 2 salarios mínimos (Tabla 1).

La estructura doméstica de los ancianos entrevistados fue relatada como heterogénea y, más de la mitad, como multigeneracional, siendo 26,66% (n=4) compuesta apenas por el cónyuge; 20% (n=3) apenas por hijos; 13,33% (n=2) por el cónyuge, hijos y nietos; 6,66% (n=1) por hijos y nietos; y 8,7% (n=1) por otros miembros familiares como hermanos, cuñados y sobrinos. Ninguno de los ancianos menciona, como integrante doméstico, alguna persona sin lazos consanguíneos. De los entrevistados, 26,66% (n=4) mencionaron vivir solos. El tiempo de ingreso de los ancianos en la EJA varió entre seis meses y 13 años.

En la evaluación de los síntomas de humor, por medio de la GDS-15, 60% (n=9) de los ancianos no presentaron señales de síntomas depresivos y 40% (n=3) presentaron señales de síntomas depresivos leves.

En la evaluación de los síntomas cognitivos, por medio del MEEM, 80% (n=12) de los ancianos no presentaron indicios de disfunción cognitiva, o sea, puntajes arriba de la nota de corte según la escolaridad del encuestado.

En las pruebas de calidad de vida, WHOQOL-bref y WHOQOL-old, el mejor dominio analizado fue Funcionamiento Sensorial (P=80, DE=12,1); y el peor fue Medio Ambiente (P=61,45, DE=13,1) (Tabla 2).

Variables Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Femenino	14	93,3
Masculino	1	6,7
Intervalo etario (años)		
60 a 64 años	6	40
65 a 69 años	5	33,3
70 a 74 años	2	13,3
75 a 79 años	2	13,3
Estado civil		
Solteros	0	0
Casados	7	46,7
Viudos	6	40
Divorciados o separados	2	13,3
Etnia		
Blancos	12	80
Pardos	1	6,7
Negros	2	13,3
Religión		
Católicos	9	60
Evangélicos	6	40
Renta individual		
Sin renta individual	0	0
Hasta 1 salario mínimo	4	26,7
De 1 a 2 salarios mínimos	9	60
De 2 a 3 salarios mínimos	2	13,3

Tabla 1. Distribución de los ancianos que frecuentaban los programas de educación de jóvenes y adultos conforme las variables sociodemográficas. Sao Carlos, 2012

Fuente: datos de la investigación

	Descripción (n=15)		
	Menor valor (mínimo)	Mayor valor (máximo)	Promedio aritmético
WHOQOL-bref			
Dominio físico	50	96,42	70,23, ±12,4
Dominio relaciones sociales	37,5	95,83	68,05, ±13,6
Dominio psicológico	33,33	100	64,44, ±16,5
Dominio medio ambiente	40,63	87,5	61,45, ±13,1
WHOQOL-old			
Dominio funcionamiento sensorial	56,25	100	80, ±12,1
Dominio autonomía	43,75	100	70, ±17,5
Dominio actividades pasadas, presentes y futuras	56,25	93,75	75, ±10,3
Dominio participación social	18,75	87,5	65,41, ±19,7
Dominio muerte y morir	31,25	100	62,5, ±21,4
Dominio intimidad	0	100	67,5, ±30,1

Tabla 2. Análisis descriptivos de la calidad de vida de los ancianos en proceso de alfabetización, obtenida por medio del WHOQOL-bref y WHOQOL-old. Sao Carlos, 2012

Fuente: datos de la investigación

Relación entre el tiempo de ingreso en la EJA, síntomas depresivos, estado cognitivo y la calidad de vida de ancianos, en 2012

En el análisis correlacional entre las variables tiempo de ingreso en el programa, síntomas depresivos, estado cognitivo y calidad de vida, el número de años estudiados no presentó relación con ningún dominio de calidad de vida. Entretanto, la puntuación en la GDS tuvo relación moderada e inversamente proporcional con los puntajes totales de los dominios Físico ($\rho = -0,588$, $p < 0,05$), Medio Ambiente ($\rho = -0,714$, $p < 0,01$), Autonomía ($\rho = -0,655$, $p < 0,01$), Actividades Pasadas, Presentes y Futuras ($\rho = -0,526$, $p < 0,05$), e Intimidad ($\rho = -0,710$, $p < 0,01$), y relación fuerte e inversamente proporcional con el dominio Relaciones Sociales ($\rho = -0,852$, $p < 0,01$) y los puntajes de cognición obtenidos por medio del MEEM presentaron relación moderada y directamente proporcional con los puntajes totales del dominio Autonomía ($\rho = 0,668$, $p = 0,007$) (Tabla 3).

Dominios de la Calidad de Vida	Tiempo de ingreso en la EJA		Puntajes en la Escala de Depresión Geriátrica		Puntajes en el Mini Examen del Estado Mental	
	rho	p-valor	rho	p-valor	rho	p-valor
Físico	-0,394	0,146	-0,588*	0,021*	0,305	0,268
Relaciones sociales	-0,423	0,116	-0,852*	0,000*	0,428	0,112
Psicológico	-0,174	0,536	-0,429	0,111	0,665	0,122
Medio ambiente	-0,254	0,362	-0,714*	0,003*	0,333	0,225
Funcionamiento sensorial	0,051	0,858	-0,493	0,062	-0,065	0,818
Autonomía	-0,216	0,440	-0,655*	0,008*	0,668*	0,007*
Actividades pasadas, presentes y futuras	-0,160	0,568	-0,526*	0,044*	0,353	0,197
Participación social	0,027	0,923	-0,436	0,104	0,395	0,145
Muerte y morir	0,192	0,493	-0,219	0,432	-0,058	0,837
Intimidad	-0,218	0,436	-0,710*	0,003*	0,416	0,123
*Asociaciones estadísticamente significativas						

Tabla 3. Resultados del análisis correlacional entre las variables tiempo de ingreso en el programa de Educación de Jóvenes y Adultos, síntomas depresivos, estados cognitivo y calidad de vida de los ancianos. Sao Carlos, 2012

Fuente: datos de la investigación

Calidad de vida de los ancianos que frecuentaron la EJA en 2012, 2013 y 2014

En las evaluaciones de calidad de vida se observó un aumento en las puntuaciones promedio, en el período de 2012 a 2014, en los dominios Psicológico (P1=64,44; P2=71,1; P3=72,77), Medio Ambiente (P1=61,45; P2=68,75; P3=70,2) y Participación Social (P1=65,41; P2=74,16; P3=76,66), sin embargo los análisis estadísticos comparativos no evidenciaron mejoría significativa. El único dominio que presentó diferencia significativa fue el Físico que empeoró en 2013 cuando comparado con 2012 (P1=70,23; P2=61,20; P3=62,40) (Tabla 4 y Tabla 5).

Variables	Año de la recolección (n=15)								
	2012			2013			2014		
	Mín.	Máx.	Promedio	Mín.	Máx.	Promedio	Mín.	Máx.	Promedio
WHOQOL-bref									
Dominio físico	50	96,42	70,23	42,86	75	61,2	46,43	78,57	62,14
Dominio relaciones sociales	37,5	95,83	68,05	33,33	79,17	61,38	41,66	70,83	63,6
Dominio psicológico	33,33	100	64,44	8,33	100	71,1	33,33	100	72,77
Dominio medio ambiente	40,63	87,5	61,45	37,5	87,5	68,75	46,88	84,38	70,2
WHOQOL old									
Dominio funcionamiento sensorial	56,25	100	80,00	31,25	100	72,5	62,5	100	78,75
Dominio autonomía	43,75	100	70,00	37,5	100	71,25	37,5	100	71,25
Dominio actividades pasadas, presentes y futuras	56,25	93,75	75,00	31,25	100	71,25	18,75	93,75	65,83
Dominio participación social	18,75	87,5	65,41	50	87,5	74,16	37,5	93,75	76,66
Dominio muerte y morir	31,25	100	62,50	37,5	100	64,58	31,25	100	64,58
Dominio intimidad	0	100	67,50	18,75	100	74,16	6,25	100	70

Tabla 4. Análisis descriptivo de la calidad de vida de los ancianos a lo largo de los tres años de la investigación. Sao Carlos, 2012, 2013 y 2014

Fuente: datos de la investigación

Dominios de la Calidad de Vida	χ^2	p-valor
Físico	6,873	6,873
Relaciones sociales	3,240	3,240
Psicológico	3,378	3,378
Medio ambiente	2,286	2,286
Funcionamiento sensorial	1,911	1,911
Autonomía	0,255	0,255
Actividades pasadas, presentes y futuras	2,764	2,764
Participación social	2,333	2,333
Muerte y morir	0,130	0,130
Intimidad	1,216	1,216

*Asociaciones estadísticamente significativas

Tabla 5. Análisis comparativo de la calidad de vida de los ancianos a lo largo de los tres años de la investigación. Sao Carlos, 2014

Fuente: datos de la Investigación

DISCUSIÓN

Con el envejecimiento poblacional, los programas de Educación de Jóvenes y Adultos (EJA) pasan a contar con un contingente considerable de personas con más de 60 años. Como la tasa de analfabetismo todavía es grande en la vejez, muchos pasan a frecuentar esos programas con el objetivo de aprender algo que dejaron en el pasado y que hoy es percibido como faltante. Además de eso, la actividad en grupo es una manera de mantener al anciano comprometido socialmente, contribuyendo de forma significativa para mejorar su calidad de vida.

La feminización de la vejez entre los ancianos ha sido demostrada en la literatura. En los ancianos en proceso de alfabetización, ese fenómeno también es observado, como muestran los resultados de esta investigación. Uno de los motivos apuntados para justificar esa prevalencia es la mayor búsqueda por la inclusión social femenina. Otro aspecto evidente en nuestro estudio fue el predominio de ancianos, en salas de clase, en los intervalos etarios iniciales de la vejez – 60 a 64 años (40%, n=6).

En 2011, Zielinska-Wiezkowska, Kedziora-Kornatowska y Ciemnoczyłowski estudiaron la calidad de vida en ancianos alumnos de la UnATE de la ciudad de Bydgoszcz, en Polonia, con base en factores sociodemográficos y estado de salud. Fueron entrevistados 257 ancianos, y la mayoría también, era de mujeres (n=237), con edad promedio de 64 años.

La mayor parte de los ancianos entrevistados se autodenominaba católico, a pesar de que el porcentaje de evangélicos hubiese sido expresivo ($n=6$, 40%). Según el Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), los evangélicos representan 20,3% de la población brasileña que, en números, corresponden a más de 34 millones de personas.

Otro dato observado fue un alto porcentaje de ancianos viviendo sin compañía. De acuerdo con datos del censo, son casi tres millones de ancianos que mueren solos en Brasil, lo que representa cerca de 14% del total de brasileños con más de 60 años (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Con relación a los años de estudio de los ancianos en la Educación de Jóvenes y Adultos, el tiempo de ingreso varió entre seis meses y 13 años. Esta discrepancia acontece debido a que, en cuanto los alumnos no aprenden a leer y/o escribir, los mismos permanecen en los cursos de formación básica para adultos I y II de la EJA. Entretanto, no fueron encontrados respaldos literarios que comprueben este hecho en otras localidades.

En la evaluación de los síntomas de humor, obtenidos por medio de la GDS, 40% de los ancianos presentaban señales de síntomas depresivos, o sea, puntuación igual o superior a seis puntos en la escala. Un estudio de Batistoni et al. (2011), examinó la prevalencia de síntomas depresivos entre ancianos participantes de una Universidad Abierta para la Tercera Edad; de las 184 personas entrevistadas, apenas 17 (9,23%) participantes presentaron resultados superiores a 6 puntos en la GDS.

El desempeño en el MEEM presentó relación con el dominio autonomía de calidad de vida. Kissaki et al. (2012), investigó ancianos participantes de una UATI y observó una asociación positiva significativa entre las variables escolaridad y el desempeño en pruebas cognitivas.

Los resultados también muestran que los ancianos presentaron puntuación promedio entre 61,45 y 80 en los diferentes dominios de calidad de vida, promedios obtenidos en 2012. Un estudio realizado con ancianos de una UnATE encontró puntuación promedio entre 66,5 y 69,4 y la calidad de vida estaba relacionada a mayor escolaridad (Zielinska-Wiezkowska, Kedziora-Kornatowska & Ciernoczołowski, 2011).

El número de años de estudio no presentó relación estadísticamente significativa con ningún dominio de calidad de vida, como era esperado. Fue encontrada una relación inversa entre síntoma depresivo y todos los dominios de la calidad de vida, excepto los dominios psicológico, funcionamiento sensorial, participación social y, muerte y morir.

Farenzena, Argimon, Moriguchi y Portuguesez (2007) tuvo por objetivo evaluar la calidad de vida en un grupo de ancianos de Veranópolis-RS, y también encontró resultados inversamente

proporcionales y estadísticamente significativos ($p < 0,01$) en todos los dominios del WHOQOL-bref cuando correlacionados con los puntajes obtenidos por medio de la GDS (Farenzena et al., 2007).

Um estudio polaco, sobre la calidad de vida de 257 ancianos de una Universidad de la Tercera Edad, utilizando también el WHOQOL-bref para evaluación de la calidad de vida y la GDS para evaluación de los síntomas depresivos, observó que la ocurrencia de síntomas depresivos afectó negativamente la calidad de vida de los ancianos en todos los dominios estudiados, excepto el dominio físico (Zielinska-Wiezkowska, Kedziora-Kornatowska & Ciemnoczyłowski, 2011).

Los resultados de este estudio muestran un aumento en las puntuaciones promedio de calidad de vida, en el período de 2012 a 2014, en los dominios Psicológico, Medio Ambiente y Participación Social. Entretanto, en el análisis de la relación entre las tres diferentes muestras, ningún dominio presentó mejoría estadísticamente significativa, y el dominio Físico de la calidad de vida presentó un empeoramiento estadísticamente significativo en el período estudiado, lo que puede estar relacionado con el propio proceso de envejecimiento.

Castro (2007) tuvo como uno de sus objetivos evaluar la influencia de la participación en una UnATE en la calidad de vida de los participantes. La muestra fue compuesta por 135 participantes y los resultados permitieron concluir que, diferentemente de esta investigación, hubo una mejoría estadísticamente significativa en el nivel de calidad de vida según el resultado general del WHOQOL-bref y también específicamente en los dominios Psicológico y Medio Ambiente con el aumento de participación en la UATI.

Además de eso, como evaluamos a los ancianos a lo largo de tres años y no los controlamos clínicamente, el propio envejecimiento puede haber sido preponderante para el empeoramiento en el dominio físico (Tamai et al., 2011).

CONCLUSIÓN

Considerando los resultados encontrados en esta investigación, se puede concluir para este caso específico que:

- La mayoría de los ancianos participantes de la EJA es del sexo femenino, se encuentran en los intervalos etarios iniciales de la vejez – 60 a 64 años, son casados, se autodeclaran blancos, católicos y poseen una renta individual baja – 1 a 2 salarios mínimos.
- Algunos dominios de calidad de vida son influenciados por síntomas depresivos (dominios: Físico; Medio Ambiente; Autonomía; Actividades Pasadas, Presentes y Futuras; Intimidad; y, Relaciones Sociales) y cognitivos (dominio Autonomía).

- El tiempo de ingreso de ancianos en la EJA, en 2012, no presentó relación estadísticamente significativa con ningún dominio de la calidad de vida.
- Los ancianos presentaron, en 2012, un puntaje promedio de calidad de vida ($P=61,45 \pm 80,00$) y, a pesar del aumento de las puntuaciones promedio, en el período de 2012 a 2014, en algunos dominios de calidad de vida (Psicológico, Medio Ambiente y Participación Social), ninguno de los dominios presentó mejoría estadísticamente significativa.

Finalmente, es importante destacar que los resultados no pueden ser generalizados, debido a que representan apenas a los ancianos que están en proceso de alfabetización en una ciudad de porte medio del interior del estado de Sao Paulo (Brasil).

Esta investigación presenta algunas limitaciones como el número reducido de participantes (a pesar de que el porcentaje de los ancianos entrevistados hubiese sido alto en relación al total de ancianos matriculados en la EJA del municipio) y la falta de un grupo control. No fueron encontrados estudios específicos sobre ancianos analfabetos en proceso formal de educación, lo que limita la comparación y discusión de los resultados.

Por tratarse de uno de los primeros estudios relacionados a la calidad de vida de ancianos en proceso de alfabetización en la enseñanza formal en Brasil, los resultados reflejan la importancia de realizar nuevos estudios en esta área.

REFERENCIAS

Almeida, O. P. & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS): versão reduzida. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 57 (2B), 421-426.

Barnes, D. & Yaffe, K. (2011). The projected impact or risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*, 10 (9), 819-828.

Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. O., Silva, T. B. L., Nascimento, P. P. P., Kissaki, P. T. & Cachioni, M. (2011). Depressive symptoms in elderly participants of an open university for elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 5 (2), 85-92.

Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R. & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52 (1), 01-07.

Brucki, S. M., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61 (3B), 777-781.

Cachioni, M. & Neri, A. L. (2004). Educação e velhice bem-sucedida no contexto das Universidades da Terceira Idade. In A. L. Neri, M. S. Yassuda, & M. Cachioni (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 29-49). Campinas: Papirus.

Campolina, A. G., Pinheiro, M. M., Ciconelli, R. M. & Ferraz, M. B. (2011). Quality of life among the Brazilian adult population using the generic SF-8 questionnaire. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (6), 1121-1131.

Castro, P. C. (2007). *Avaliação da influência dos programas Universidade Aberta da Terceira Idade e Revitalização Geriátrica sobre a qualidade de vida de idosos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos, Brasil.

Farenzena, W. P., Argimon, I. D. L., Moriguchi, E. & Portuguese, M.W. (2007). Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Kairós*, 10 (2), 225-243.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Application of the portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo populacional brasileiro 2010*. Acedido dezembro 12, 2013, em <http://www.ibge.gov.br>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012). *Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade segundo as grandes regiões*. Brasília (DF): Ministério da Fazenda, Secretaria de Política Econômica.

Kissaki, P. T., Lima-Silva, T. B., Ordonez, T. N., de Melo, R. C., Batistoni, S. S. T., Domingues, M. ... et al., (2012). O impacto da participação em Universidade Aberta à Terceira Idade no desempenho cognitivo. *Kairós*, 15 (7), 71-87.

Kretzer, F. L., Guimarães, A. C. D. A., Dário, A. B., Kaneoya, A. M., Tomasia, D. L., Feijó, I., Simas, J. P. N., & Parcias, S. R. (2010). Qualidade de vida e nível de atividade física de indivíduos na meia Idade participantes de projetos de extensão universitária. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34 (1), 148-158.

Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): *Diário Oficial da União*.

Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília (DF): *Diário Oficial da União*.

Marques, D. T. (2009). *Educação de jovens e adultos: uma perspectiva de alfabetização com idosos*. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências Humanas e Sociais aplicadas - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil.

Ordóñez, T. N., Batistoni, S. S. T. & Cachioni, M. (2011). Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una universidad abierta a la tercera edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46 (5), 250-255.

Resolução CNE/CEB nº 1 de 5 de julho de 2000. Diretrizes curriculares nacionais para a educação de jovens e adultos. Brasília (DF): *Diário Oficial da União*.

Rocha, F. N. & Bartholo, M. E. C. (2010). Educação e qualidade de vida de idosos: uma reflexão necessária. *Mosaico – Revista Multidisciplinar de Humanidades*, 1 (2), 21-36.

Silva Oliveira, R. D. C. (2013). A Universidade Aberta para a Terceira Idade e a educação do idoso nas dissertações e teses de 2000 a 2011. *Revista HISTEDBR On-Line*, 13 (52), 372-386.

Tamai, S. A. B., et al. (2011). Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. *Einstein*, 9 (1), 8-13.

United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization (2013). *Relatório de monitoramento global de EPT: ensinar e aprender: alcançar a qualidade para todos*. São Paulo: Moderna; Brasília (DF): UNESCO, 2013.

United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization (1976). *Recommendation on the development of adult education, adopted by the General Conference at its nineteenth session*. Paris: UNESCO, 1976. Acedido fevereiro 17, 2014, em http://www.unesco.org/education/pdf/NAIROB_E.PDF

WHOQOL Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley, W. Kuyken (Ed.) *Quality of life assessment: International perspectives* (41-57). Heidelberg: Springer Verlag.

Yesavage, J. A. & Sheikh, J. I. (1986). 9/ Geriatric Depression Scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5 (1-2), 165-173.

Zielińska-Więczkowska, H., Kędziora-Kornatowska, K. & Ciemnoczołowski, W. (2011). Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. *Archives of gerontology and geriatrics*, 53 (2), e198-e202.

Correspondencia: Bruna Rodrigues dos Santos - bruna.rsantos@hotmail.com