

Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid

M. Azpiazu Garrido^a, A. Cruz Jentoft^b, J.R. Villagrasa Ferrer^c, J.C. Abanades Herranz^d, N. García Marín^e y C. Álvarez de Mon Rego^f

Objetivo. Describir el estado de salud autopercebido y la calidad de vida en los mayores de 65 años no institucionalizados residentes en dos áreas sanitarias de Madrid.

Diseño. Estudio descriptivo mediante encuesta administrada a domicilio por entrevistadores.

Emplazamiento. Áreas sanitarias 2 y 4 de Madrid, nivel comunitario.

Participantes. De una muestra de 2.002 personas mayores de 65 años residentes en domicilios particulares se obtuvieron 911 encuestas válidas.

Mediciones principales. Descripción, estratificando por grupo de edad y sexo, de variables sociodemográficas, recursos económicos, apoyo sociofamiliar, salud física y mental, capacidad funcional y cuestionarios Euroqol y Perfil de Salud de Nottingham (PSN).

Resultados. Edad media, 74,7 años (IC del 95%, 74,3-75,1%); mujeres, 59,7% (IC del 95%, 56,4-62,9%); sin estudios, 41% (IC del 95%, 37,7-44,2%); clases sociales I y II, 38,3% (IC del 95%, 35,1-41,6%). Percibían su estado de salud como bueno o muy bueno, 52,1% (IC del 95%, 48,8-55,4%), 57,5% (IC del 95%, 52,2-62,6%) de varones y 48,4% (IC del 95%, 44,2-52,7%) de mujeres. Las puntuaciones medias en el PSN fueron, energía = 21,1 (IC del 95%, 18,9-23,2%); dolor = 25,6 (IC del 95%, 23,6-27,6%); movilidad física = 28 (IC del 95%, 26,4-29,7%); sueño = 31,8 (IC del 95%, 29,4-34,1%); reacción emocional = 24,5 (IC del 95%, 22,8-26,3%); aislamiento social = 10,9 (IC del 95%, 9,6-12,1%). Los porcentajes de personas con problemas en el Euroqol fueron, movilidad, 21,3% (IC del 95%, 18,7-24,1%); cuidado personal, 7,7% (IC del 95%, 6,1-9,7%); actividades cotidianas, 19,9% (IC del 95%, 17,4-22,7%); dolor/malestar, 38,2% (IC del 95%, 35-41,4%); ansiedad/depresión, 27% (IC del 95%, 24,1-30%). Tanto en el PSN como en el Euroqol las mujeres presentaron más problemas que los varones, y los mayores de 80 años que los menores.

Conclusiones. Las mujeres muestran una percepción peor de su estado de salud y su calidad de vida que los varones. Los mayores de 80 años tienen peores puntuaciones en el PSN y en el Euroqol, pero no perciben su estado de salud como peor.

Palabras clave: Calidad de vida. Anciano. Estado autopercebido de salud. Euroqol. Perfil de Salud de Nottingham.

QUALITY OF LIFE IN NONINSTITUTIONALIZED PERSONS OLDER THAN 65 YEARS IN TWO HEALTH CARE DISTRICTS IN MADRID

Aim. To describe self-perceived health status and quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid (central Spain).

Design. Descriptive study based on home interviews by investigators trained in the administration of the questionnaires.

Setting. Health care districts 2 and 4 in Madrid; community level.

Participants. Of a sample of 2002 persons older than 65 years residing in private homes, we obtained 911 valid questionnaires.

Main measures. Description and stratification by age group and sex, for sociodemographic variables, economic resources, social and familial support, physical and mental health, functional capacity and results on the EuroQol and Nottingham Health Profile (NHP) questionnaires.

Results. Mean age, 74.7 years (95% CI, 74.3%-75.1%); women, 59.7% (95% CI, 56.4%-62.9%); no formal education, 41% (95% CI, 37.7%-44.2%); social classes I and II, 38.3% (95% CI, 35.1%-41.6%). Self-perceived health status good or very good, 52.1% (95% CI, 48.8%-55.4%), 57.5% (95% CI, 52.2%-62.6%) in men and 48.4% (95% CI, 44.2%-52.7%) in women. Mean scores on the NHP were: energy, 21.1 (95% CI, 18.9%-23.2%); pain, 25.6 (95% CI, 23.6%-27.6%); physical mobility, 28 (95% CI, 26.4%-29.7%); sleep, 31.8 (95% CI, 29.4%-34.1%); emotional reaction, 24.5 (95% CI, 22.8%-26.3%); social isolation, 10.9 (95% CI, 9.6%-12.1%). The percentages of persons with problems according to the EuroQol instrument were: mobility, 21.3% (95% CI, 18.7%-24.1%); self-care, 7.7% (95% CI, 6.1%-9.7%); usual activities, 19.9% (95% CI, 17.4%-22.7%); pain/discomfort, 38.2% (95% CI, 35%-41.4%); anxiety/depression, 27% (95% CI, 24.1%-30%). Both the NHP and the EuroQol instrument identified more problems in women than in men, and in persons older than 80 years compared to persons younger than 80 years.

Conclusions. Women had a worse perceived health status and quality of life than men. Persons older than 80 years scored worse on the NHP and the EuroQol, but did not perceive their health status to be worse.

Key words: Quality of life. Older. Self-perceived health status. EuroQol. Nottingham Health Profile.

English version available at
www.atencionprimaria.com/52.109

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 293)

^aGerencia de Atención Primaria. Talavera de la Reina (Toledo). España.

^bHospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

^cHospital La Princesa. Madrid. España.

^dGerencia de Atención Primaria. Área 4. Madrid. España.

^eCentro de Salud Pública del Área 1. Arganda (Madrid). España.

^fCentro de Salud de Chinchón (Madrid). España.

Correspondencia:
Mercedes Azpiazu Garrido.
C/ Guzmán el Bueno, 63, 4.º E.
28015 Madrid. España.
Correo electrónico:
mazpiazug@nexo.es

Trabajo financiado mediante el proyecto del Fondo de Investigaciones Sanitarias 99/0248.

Este estudio forma parte de la tesis doctoral de Mercedes Azpiazu Garrido: «Calidad de vida y factores asociados en mayores de 65 años» y fue presentado en una ponencia en la XX Reunión de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (San Sebastián, junio 2001).

Manuscrito recibido 11 de marzo de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 17 de julio de 2002.

Introducción

La calidad de vida es un objetivo en salud que está adquiriendo cada vez mayor importancia¹ y ha comenzado a utilizarse como medida de resultados en salud², especialmente en situaciones en que las actuaciones en salud ya no pueden ir principalmente dirigidas a prolongar la duración de la vida, como ocurre con las personas muy ancianas y los enfermos terminales. Diversos autores han definido el concepto de calidad de vida, siendo la subjetividad siempre un componente esencial de esas definiciones. Por ejemplo, para la OMS³ la calidad de vida es «la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones». Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), más utilizada en ciencias de la salud, evalúa la repercusión de la enfermedad o estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente^{4,5}.

Se han desarrollado diversos cuestionarios o instrumentos para evaluar la CVRS de las personas. Hay instrumentos genéricos, que pueden utilizarse en población general y en grupos específicos de pacientes, e instrumentos específicos para pacientes con una determinada enfermedad, para individuos de un determinado grupo de población, etc.⁶

Tras una amplia revisión bibliográfica⁷, encontramos que pocos son los estudios, tanto en España como en el ámbito internacional, que hayan abordado la calidad de vida de las personas mayores de la población general con este tipo de instrumentos. El objetivo de nuestro estudio ha sido describir el estado de salud autopercebido y la calidad de vida en los mayores de 65 años no institucionalizados que viven en las áreas sanitarias 2 y 4 de la Comunidad de Madrid.

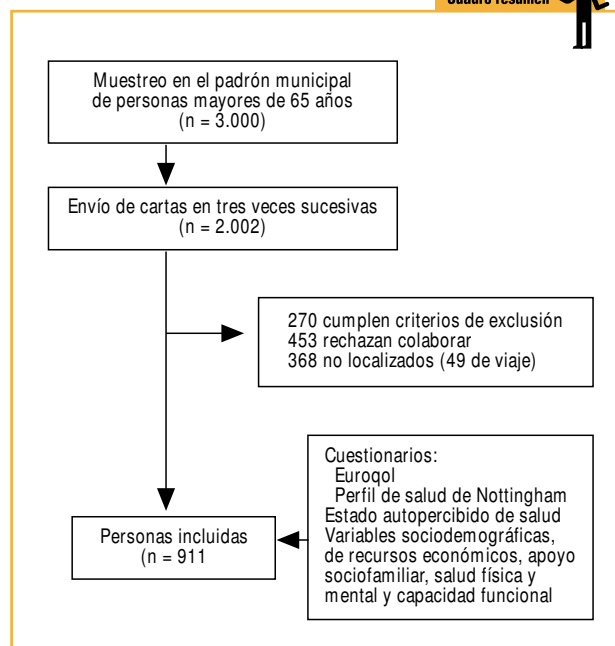
Material y métodos

Participantes

La población diana del estudio fueron los mayores de 65 años no institucionalizados que residían en las áreas sanitarias 2 y 4 de Madrid y que eran capaces de responder a toda la encuesta por sí mismos.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó como referencia la proporción de personas mayores de 65 años (6,7%) que consideraron su salud mala o muy mala en la encuesta de salud de Barcelona de 1986⁸. El tamaño calculado para la estimación de una proporción del 6,5% en una población finita con un nivel de confianza del 95% y una precisión de $\pm 1,5\%$ fue de aproximadamente 1.000 personas. Se tomó una muestra de 3.000 personas

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta administrada a domicilio por entrevistadores.

(dos suplentes por persona) del padrón municipal mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. El trabajo de campo se realizó entre junio de 1999 y abril de 2000. Se hizo un estudio piloto con las primeras 50 encuestas, comprobándose que el cuestionario era comprendido y contestado adecuadamente por los mayores de 65 años.

Se excluyeron, aparte de las personas fallecidas y los errores del padrón, a las que habían trasladado su domicilio fuera de las dos áreas sanitarias de estudio, vivían en una residencia o estaban hospitalizadas en el momento del trabajo de campo, presentaban deterioro cognitivo moderado o grave (puntuación en el test de Pfeiffer superior a 4) y las que eran incapaces de comunicarse con el entrevistador por diversas razones (sordera extrema, idioma, disartria, disfasia, etc.).

Recogida de datos

En este trabajo se describe y analiza una parte de las variables de un cuestionario más amplio⁷. Se trata de un cuestionario estructurado, compuesto por multitud de preguntas ampliamente utilizadas en otros y en la valoración clínica y social del anciano junto con tests previamente validados por otros autores.

La valoración del estado autopercebido de salud se hizo con la pregunta de la Encuesta Nacional de Salud⁹ «¿Cómo describiría su estado de salud en la actualidad? muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo» y la calidad de vida de los mayores de 65 años es investigada mediante el Euroqol⁶ y el Perfil de Salud de Not-

tingham⁶ (PSN). El Euroqol describe el estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), cada una de las cuales se define con tres niveles de gravedad. También consta de una escala visual analógica (EVA) milimetrada en la que el sujeto debe puntuar su estado de salud en el día de hoy, siendo los extremos de la escala el peor estado de salud imaginable (0) y el mejor estado de salud imaginable (100). El PSN consta de una serie de ítems a los que se contesta sí o no y que se agrupan para formar seis dimensiones (energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social). Cada dimensión se puntúa de 0 a 100, siendo tanto más alta la puntuación en una dimensión cuanto mayores sean los problemas con ella.

También se analizan variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo y clase social), de recursos económicos (dependencia económica y suficiencia de los ingresos familiares para cubrir las necesidades de la vida diaria), apoyo sociofamiliar (con quién convive, tiempo que pasa solo durante el día, existencia de alguna persona que haga las veces de cuidador y de confidente), práctica de ejercicio físico (deporte habitual o largos paseos con frecuencia, sólo anda cerca de casa, sólo anda dentro de casa, vida cama-sillón), capacidad funcional (dimensiones de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del OARS-MFAQ) y salud mental (test de Pfeiffer para valorar deterioro cognitivo y escala hospitalaria de ansiedad y depresión [HAD] para valorar el estado afectivo).

Para aproximar la clasificación de profesión u ocupación del cabeza de familia durante la mayor parte de su vida, que se había utilizado en el cuestionario⁹, a la de clase social según la ocupación propuesta por Domingo y Marcos¹⁰ y ampliamente utilizada en otros estudios, se agruparon las categorías ocupacionales de la siguiente forma: *dase I y II* (autónomo o empresario con 5 empleados o menos; empresario con 6 empleados o más; profesional por cuenta propia o ajena; miembro de la dirección; responsable de 5 subordinados o menos; responsable de 6 subordinados o más); *dase III* (mandos intermedios; otros empleados con trabajo de oficina; otros empleados con trabajo fuera de oficina); *dase IV y V* (obrero cualificado; trabajador manual no cualificado; pensionista) y *agriaultor* (agricultor de pequeña explotación; agricultor de gran explotación).

La dimensión actividades de la vida diaria (AVD) del cuestionario OARS-MFAQ⁶ consta de 7 ítems referentes a las actividades básicas o dirigidas al cuidado personal y otros 7 ítems referentes a las actividades instrumentales o de mantenimiento del medio ambiente. Se han calculado tres variables resumen: AVD-básicas, AVD-instrumentales y capacidad funcional global. Dentro de las variables AVD-básicas y AVD-instrumentales se clasifica a las personas encuestadas en «independientes», cuando son capaces de realizar todas las actividades incluidas en la variable sin ayuda, «necesitan ayuda», cuando requieren ayuda para al menos una de las actividades, y «dependientes», cuando no pueden hacer al menos una de las actividades. Dentro de la variable capacidad funcional global se ha incluido a las personas totalmente independientes en la categoría «buena capacidad», a los dependientes sólo para las AVD-instrumentales o básicas en la categoría «incapacidad leve» y a los dependientes en ambos tipos de actividades en la categoría «incapacidad grave».

El HAD⁶ es un cuestionario formado por 14 ítems divididos en dos subescalas HAD que constan cada una de ellas de 7 ítems evaluados mediante una escala de tipo Likert con puntuaciones entre 0 y 3, correspondiendo 0 a la respuesta más favorable y 3 a la menos favorable. Se obtiene una puntuación para cada subescala, considerándose las puntuaciones iguales o superiores a 11

como indicativas de caso de trastorno depresivo o de ansiedad, normal cuando la puntuación es inferior o igual a 7, y caso dudoso con puntuaciones comprendidas entre 8 y 10.

El cuestionario fue administrado a domicilio por entrevistadores previamente formados. Para intentar reducir las negativas a colaborar en el estudio se mandaron cartas en papel oficial del INSALUD a las personas seleccionadas para pedirles su colaboración, en las que se explicaba la realización del estudio y se les anunciaba que el entrevistador les llamaría para concertar una cita en los próximos 15 días. En la carta, además, se facilitaba un número de teléfono en el que podían aclarar cualquier duda que tuvieran sobre el estudio. También se informó a los centros de salud de la zona.

Se excluyeron del estudio, siendo reemplazados por otras personas, aquellos individuos que no pudieron ser localizados en su domicilio después de tres intentos de contactar con ellos a diferentes horas del día (por teléfono o acudiendo al domicilio).

Análisis de datos

En el análisis de datos se describió inicialmente la población estudiada (medias y proporciones con sus intervalos de confianza al 95%) para después analizar los datos estratificando por edad (< 80 años y ≥ 80 años) y por sexo. En el análisis de los datos cualitativos se utilizó la χ^2 de Pearson y la χ^2 de tendencia lineal o el test exacto de Fisher cuando fueron pertinentes, y en el análisis de los datos cuantitativos se utilizó la t de Student y las pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y K de Kruskal-Wallis) cuando fue necesario.

Resultados

Se enviaron cartas a 2.002 personas, de las cuales 270 cumplían criterios de exclusión, 453 rehusaron colaborar en el estudio, 49 estaban de viaje y otras 319 no pudieron ser localizadas después de tres intentos. Así pues, se hicieron 911 encuestas, lo cual significa un índice de respuesta de 66,8% (IC del 95%, 64,2-69,3%) calculado como el número de encuestas realizadas sobre el número de personas que cumplían criterios de inclusión y con las que se pudo entrar en contacto.

No encontramos diferencias significativas en cuanto a distribución por sexo y edad entre el grupo de personas encuestadas y el grupo de personas que no se pudo encuestar por razones diferentes a cumplir algún criterio de exclusión.

La edad media de las 911 personas entrevistadas fue 74,7 años (IC del 95%, 74,3-75,1%). Eran mujeres el 59,7% (IC del 95%, 56,4-62,9%). El 26,3% (IC del 95%, 22,7-30,2%) de las mujeres y el 22,9% (IC del 95%, 18,8-27,6%) de los varones tenían 80 o más años de edad, no siendo significativa la diferencia.

Las características sociales y económicas de la muestra se reflejan en la tabla 1, donde encontramos que las mujeres tienen nivel educativo, socioeconómico y de apoyo sociofamiliar significativamente peor que los varones. Los mayores de 80 años están significativamente más solos que los menores de 80 años.

**TABLA
1**

	Total	Mujeres	Varones	< 80 años	≥ 80 años
Estado civil					
Casado	59,8 (56,5-63)	45,1 (40,9-49,4)*	81,5 (77-85,2)*	66,9 (63,2-70,4)*	38,3 (32-45)*
Viudo y separado/divorciado	31,6 (28,7-34,8)	42,5 (38,4-46,8)*	15,5 (12,1-19,7)*	25,3 (22,1-28,8)*	50,7 (44-57,3)*
Soltero	8,6 (6,9-10,6)	12,3(9,8-15,5)*	3 (1,6-5,5)*	7,8 (5,9-10,1)	11 (7,4-16)
Nivel educativo					
Sin estudios	41 (37,8-44,3)	48,7 (44,4-53)*	29,4 (24,9-34,4)*	39,8 (36,1-43,5)	44,5 (38-51,2)
Estudios primarios	29,9 (26,9-33)	31,6 (27,8-35,7)	27,2 (22,8-32,2)	31,1 (27,7-34,8)	26 (20,5-32,3)
Estudios secundarios	16,7 (14,3-19,3)	14,7 (11,9-18)	19,6 (15,7-24,1)	16,8 (14,1-19,9)	16,3 (11,9-21,9)
Estudios universitarios	12,5 (10,5-14,9)	5 (3,4-7,2)*	23,7 (19,5-28,5)*	12,3 (10-15)	13,2 (9,2-18,5)
Clase social					
Clases I-II	38,3 (35,1-41,6)	33,8 (29,8-38)*	44,7 (39,5-49,9)*	38,1 (34,4-41,9)	38,8 (32,4-45,6)
Clase III	25,7 (22,9-28,7)	25,9 (22,2-29,9)	25,3 (21-30,2)	27,2(23,9-30,8)	21 (15,9-27,1)
Clases IV-V/pensionistas	31,6 (28,6-34,8)	36,1 (32-40,4)*	25,1 (20,8-29,9)*	32 (28,5-35,7)	30,1 (24,2-36,7)
Agricultores	4,5 (3,3-6,1)	4,2 (2,7-6,4)	4,9 (3-7,8)	2,7 (1,7-4,3)*	10 (6,5-15)*
Dependencia económica	29,4 (26,5-32,5)	45,5 (41,2-49,8)*	5,7 (3,7-8,7)*	31 (27,6-34,7)	24,4 (19,1-30,7)
Ingresos familiares					
Insuficientes	32,9 (29,8-36)	34,4 (30,5-38,6)	30,5 (25,9-35,6)	31,6 (28,1-35,2)	36,7 (30,5-43,4)
Justos	42,1 (38,9-45,4)	44,8 (40,6-49,1)***	38,1 (33,2-43,4)***	41,9 (38,1-45,7)	42,9 (36,4-49,7)
Holgados	25 (22,3-28)	20,7 (17,4-24,5)*	31,3 (26,7-36,4)*	26,6 (23,3-30,1)	20,4 (15,4-26,3)
¿Con quién vive?					
Solo	19,5 (17-22,2)	25,6 (22-29,5)*	10,4 (7,5-14,1)*	17,7 (14,9-20,8)***	24,8 (19,4-31)***
En pareja	59,7 (56,4-62,9)	45,2 (41-49,5)*	81,1 (76,7-84,9)*	66,4 (62,7-69,9)*	38,9 (32,6-45,6)*
Pasan solos al día					
Todo el día	19 (16,5-21,9)	25,4 (21,8-29,5)*	9,5 (6,7-13,3)*	18,9 (16-22,2)	19,5 (14,5-25,7)
Medio día	10 (8,1-12,2)	12,2 (9,6-15,5)**	6,6 (4,4-9,9)**	8,8 (6,8-11,3)***	13,7 (9,4-19,3)**
Ratos	27,9 (24,9-31)	23,1 (19,6-27)*	35 (30-40,3)*	29,1 (25,7-32,8)	23,9 (18,4-30,4)
Nunca	43,1 (39,8-46,5)	39,2 (35-43,6)**	48,8 (43,5-54,2)**	43,1 (39,3-47)	42,9 (36,1-50)
Dispone de cuidador potencial	83,7 (81-86)	83,2 (79,6-86,2)	84,4 (80,1-88)	83,6 (80,5-86,3)	84 (78,1-88,6)
Dispone de confidente	12,2 (10,2-14,5)	12,9 (10,2-16)	11,2 (8,2-15)	11,5 (9,3-14,2)	14,1 (10-19,5)

* p < 0,001; ** p < 0,01; *** p < 0,05. Las cifras se presentan en porcentaje (intervalo de confianza del 95%)

La tabla 2 presenta las características de salud física y mental de la muestra. Dicotomizando el estado de salud percibido en muy bueno o bueno frente a regular, malo o muy malo, los varones perciben su estado de salud de forma más favorable que las mujeres, pues el 57,5% de los varones lo percibe como bueno o muy bueno frente al 48,4% de las mujeres (p = 0,007), mientras que no encontramos diferencias entre los mayores de 80 años (53,4%) y menores de 80 años (51,7%). Por otra parte, las mujeres hacen menos ejercicio físico y presentan peor capacidad funcional y peores puntuaciones en ansiedad y depresión que los varones, siendo significativas estas diferencias. Los mayores de 80 años hacen menos ejercicio físico y tienen peor capacidad funcional, como es de esperar, pero la edad no marca diferencias significativas en las subescalas HAD utilizadas en el cuestionario.

Entre las razones que dieron para no tener un mejor estado de salud las personas que no contestaron que su estado de salud era muy bueno la enfermedad fue la causa más importante (73%; IC del 95%, 69,7-76%) seguida por la edad (65%; IC del 95%, 61,5-68,3%) y a mayor distancia por los hábitos tóxicos (28,6%; IC del 95%, 25,4-31,9%), las causas económicas (10,7%; IC del 95%, 8,6-13,1%), el trabajo (10%; IC del 95%, 8,1-12,4%).

Las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las dimensiones del PSN se reflejan en la tabla 3 junto con las puntuaciones medias de varones y mujeres y de menores y mayores de 80 años. En general, *sueño* es la dimensión que obtiene una mayor puntuación y *aislamiento social* la que obtiene una menor puntuación. Además, las mujeres tienen peores puntuaciones que los varones en todas las dimensiones y los mayores de 80 años que los

**TABLA
2**

	Total	Mujeres	Varones	< 80 años	≥ 80 años
Ejercicio físico					
Hace deporte	14,2 (12-16,7)	12,7 (10,1-15,9)	16,3 (12,8-20,6)	15,5 (12,9-18,5)***	10,2 (6,7-15,1)***
Da largos paseos	51,1 (47,8-54,4)	45,1 (40,9-49,4)*	59,9 (54,7-65)*	54,1 (50,3-57,9)**	42 (35,6-48,8)**
Sale cerca de casa	26,4 (23,6-29,4)	31,7 (27,8-35,8)*	18,5 (14,8-23)*	25,7 (22,5-29,2)	28,3 (22,6-34,7)
Anda por casa	6,4 (4,9-8,2)	8,7 (6,5-11,4)*	3 (1,6-5,5)*	3,4 (2,2-5,1)*	15,5 (11,2-21)*
Cama/sillón	2 (1,2-3,2)	1,8 (0,9-3,5)	2,2 (1-4,4)	1,3 (0,6-2,6)***	4 (2-7,7)***
OARS-AVD instrumentales					
Independiente	58 (54,7-61,2)	55,1 (50,9-59,4)***	62,3 (57,1-67,2)***	64,1 (60,4-67,7)*	39,6 (33,3-46,4)*
Necesita ayuda	30,8 (27,8-33,9)	34,9 (30,9-39,1)*	24,6 (20,3-29,4)*	29 (25,6-32,6)***	36,1 (29,9-42,8)***
Dependiente	11,2 (9,3-13,5)	9,9 (7,6-12,8)	13,1 (9,9-17,1)	6,9 (5,2-9,1)*	24,2 (18,9-30,4)*
OARS-AVD básicas					
Independiente	78 (75,1-80,6)	75,3 (71,4-78,8)***	82 (77,6-85,7)***	83 (79,9-85,7)*	62,8 (56,1-69,1)*
Necesita ayuda	19,9 (17,4-22,7)	22,5 (19,1-26,3)***	16,1 (12,6-20,4)***	16,3 (13,6-19,3)*	31 (25,1-37,5)*
Dependiente	2,1 (1,3-3,3)	2,2 (1,2-3,9)	1,9 (0,8-4,1)	0,7 (0,3-1,8)*	6,2 (3,6-10,4)*
Capacidad funcional global					
Buena capacidad funcional	53,5 (50,2-56,7)	51 (46,7-55,3)	57,1 (51,8-62,2)	59,4 (55,6-63,1)*	35,4 (29,2-42,1)*
Incapacidad funcional leve	29,2 (26,2-32,2)	28,5 (24,8-32,6)	30,1 (25,5-35,1)	28,3 (24,9-31,8)	31,9 (25,9-38,4)
Incapacidad funcional grave	17,4 (15-20)	20,4 (17,2-24,1)**	12,8 (9,7-16,8)**	12,3 (10-15,1)*	32,7 (26,8-39,3)*
HAD-ansiedad					
≤ 7 puntos	76,4 (73,4-79,1)	68,6 (64,5-72,4)*	88,1 (84,2-91,2)*	75,7 (72,3-78,9)	78,3 (72,3-83,4)
8-10 puntos	11,5 (9,6-13,8)	14,6 (11,8-17,9)*	6,9 (4,6-10,2)*	12,1 (9,8-14,9)	9,7 (6,3-14,6)
≥ 11 puntos	12,1 (10,1-14,4)	16,8 (13,8-20,3)*	5 (3,1-7,9)*	12,1 (9,8-14,9)	11,9 (8,2-17,1)
HAD-depresión					
≤ 7 puntos	72,1 (69-75)	65,6 (61,4-69,6)*	81,6 (77,1-85,4)*	73,1 (69,5-76,4)	69 (62,5-74,9)
8-10 puntos	14 (11,8-16,4)	17,1 (14,1-20,6)*	9,3 (6,6-12,9)*	14,1 (11,6-17)	13,7 (9,6-19,1)
≥ 11 puntos	14 (11,8-16,4)	17,3 (14,2-20,8)*	9,1 (6,4-12,6)*	12,9 (10,5-15,7)	17,3 (12,7-23)
Estado de salud					
Muy bueno	13,4 (11,3-15,8)	12,2 (9,6-15,3)	15,3 (11,8-19,4)	14,8 (12,3-17,7)***	9,3 (6-14)***
Bueno	38,7 (35,5-41,9)	36,3 (32,3-40,5)	42,2 (37,2-47,5)	36,9 (33,3-40,7)	44,1 (37,5-50,8)
Regular	37,5 (34,3-40,7)	39,6 (35,5-43,9)	34,3 (29,5-39,5)	38,4 (34,7-42,1)	34,8 (28,7-41,4)
Malo	8,7 (7-10,7)	9,6 (7,3-12,4)	7,4 (5-10,6)	8,3 (6,4-10,7)	9,7 (6,3-14,5)
Muy malo	1,8 (1-2,9)	2,4 (1,3-4,2)	0,8 (0,2-2,6)	1,6 (0,8-3)	2,2 (0,8-5,4)

*p < 0,001; **p < 0,01; ***p < 0,05; AVD: actividades de la vida diaria; HAD: escala hospitalaria de ansiedad y depresión; OARS: Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional OARS. Las cifras se presentan en porcentaje (intervalo de confianza del 95%)

**TABLA
3**

	Total	Mujeres	Varones	< 80 años	≥ 80 años
Energía	21,1 (18,9-23,2)	25,8 (22,8-28,8)*	14,2 (11,3-17)*	18,7 (16,3-21,1)*	28,5 (23,7-33,2)*
Dolor	25,6 (23,6-27,6)	32,3 (29,4-35,2)*	15,8 (13,5-18,2)*	24,2 (21,9-26,5)**	29,8 (25,5-34,1)**
Movilidad física	28 (26,4-29,7)	33,1 (30,9-35,2)*	20,6 (18,2-23)*	25 (23,3-26,7)*	37,3 (33,3-41,2)*
Sueño	31,8 (29,4-34,1)	36,9 (33,7-40)*	24,3 (21,1-27,5)*	30,5 (27,8-33,1)**	35,7 (31-40,4)**
Reacción emocional	24,5 (22,8-26,3)	28,7 (26,3-31,1)*	18,5 (16,3-20,7)*	24 (22-26)	26,2 (22,6-29,8)
Aislamiento social	10,9 (9,6-12,1)	12,8 (11,2-14,5)*	8 (6,2-9,8)*	10,2 (8,8-11,5)**	13,1 (10,3-15,8)**

*p < 0,001; **p < 0,05. Las cifras se presentan en porcentaje (intervalo de confianza del 95%)

TABLA 4 Porcentaje de la muestra que presenta problemas en las dimensiones del Euroqol

	Total	Mujeres	Varones	< 80 años	≥ 80 años
Movilidad	21,3 (18,7-24,1)	26,1 (22,5-30)	14,2 (10,9-18,3)	17,8 (15,1-21)*	31,7 (25,8-38,3)*
Cuidado personal	7,7 (6,1-9,7)	8,8 (6,6-11,6)	6 (3,9-9,1)	4,7 (3,3-6,6)*	16,8 (12,3-22,5)*
Actividades cotidianas	19,9 (17,4-22,7)	25,2 (21,7-29,1)*	12 (8,9-15,9)*	16,4 (13,7-19,4)*	30,5 (24,7-37)*
Dolor/malestar	38,2 (35-41,4)	43,6 (39,4-47,9)*	30,2 (25,6-35,3)*	37,4 (33,8-41,2)	40,5 (34,1-47,2)
Ansiedad/depresión	27 (24,1-30)	32,4 (28,5-36,5)*	18,9 (15,1-23,4)*	27,7 (24,4-31,3)	24,7 (19,3-30,9)

* p < 0,001. Las cifras se presentan en porcentaje (intervalo de confianza del 95%)

TABLA 5 Proporción de personas mayores de 65 años con problemas en las dimensiones del Euroqol en diferentes estudios españoles

	Madrid (áreas 2 y 4)	Cataluña ²⁴	Navarra ²⁰
Movilidad	21,3%	31,2%	31,3%
Cuidado personal	7,7%	5,8%	9,7%
Actividades cotidianas	19,9%	17,9%	20,7%
Dolor/malestar	38,2%	47,7%	38,3%
Ansiedad/depresión	27%	19,4%	16,2%

menores en todas a excepción de la dimensión *reacción emocional*.

En la tabla 4 se presentan los porcentajes de personas que tienen alguna o mucha dificultad con cada una de las dimensiones del Euroqol. La dimensión *dolor/malestar* es en la que un mayor porcentaje de personas tienen problemas, y la dimensión *cuidado personal* en la que menos problemas hay. Las mujeres presentan problemas en mayor proporción que los varones en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión *cuidado personal*, y los mayores de 80 años presentan más problemas que los menores en las dimensiones *movilidad*, *cuidado personal* y *actividades cotidianas*.

La puntuación media en la EVA del Euroqol fue de 66,6 (IC del 95%, 65,3-68%), siendo ligeramente superior en los varones (68,8; IC del 95%, 66,8-70,9%) que en las mujeres (65,1; IC del 95%, 63,3-66,9%) (p = 0,004). El 45,7% (IC del 95%, 42,4-49%) de la muestra no presenta ningún problema en ninguna de las dimensiones del Euroqol, y esto es más frecuente entre varones (53,7%, IC del 95%, 48,4-58,8%) que entre mujeres (40,1%, IC del 95%, 35,9-44,3%) (p < 0,001) y entre menores de 80 años (47,5%, IC del 95%, 43,7-51,3%) que entre mayores (39,6%, IC del 95%, 33,3-46,4%) (p = 0,039).

Discusión

Existen numerosas investigaciones que han utilizado el estado autopercebido de salud para acercarse a la subjetividad del concepto de salud en las personas mayores; sin embar-

go, existen menos estudios que han utilizado cuestionarios de calidad de vida en esta población. El presente estudio aporta la utilización conjunta de tres instrumentos de medida del estado de salud, pudiendo establecerse comparaciones entre ellos, aunque el objetivo del presente artículo es sólo presentar una descripción de los resultados, como punto de partida para trabajos posteriores en los que se realice un análisis más profundo.

Se describe una muestra urbana, representativa y de tamaño considerable (n = 911) de personas mayores de 65 años residentes en una zona de la Comunidad de Madrid que abarca todo el espectro de características sociodemográficas, aunque con predominio de las clases sociales medias. Con respecto a otras investigaciones^{8,11-14}, se aporta el estudio de una población de mayor nivel educativo y socioeconómico, como se puede apreciar al contrastar los porcentajes de la muestra que pertenecen a las clases sociales I y II (38,3%) y a las clases sociales IV y V (29,2%) con los porcentajes correspondientes en los estudios mencionados, donde las clases sociales I y II nunca son más del 25% y las clases sociales IV y V siempre superan el 50%.

Nuestro índice de respuesta (66,8%) ha sido algo menor que el obtenido en otros estudios de características similares, como «Envejecer en Leganés»¹⁵ (80%) y el estudio ANCO¹⁶ (88%), que mejoraron su índice de respuesta mediante una campaña informativa en prensa, televisión y radio.

Se encuentran importantes diferencias entre varones y mujeres, percibiendo las mujeres su estado de salud y su calidad de vida de forma menos favorable que los varones. Las mujeres son un colectivo desfavorecido, especialmente en este grupo de edad, siendo su nivel socioeconómico bastante inferior al de los varones, además de tener un mayor grado de soledad, de incapacidad funcional y de trastornos afectivos. Aunque menos varones que mujeres llegan a las etapas más avanzadas de la vida, parece que los que llegan lo hacen en mejores condiciones.

También existen diferencias en la percepción de la calidad de vida entre los menores y los mayores de 80 años, no encontrándose, sin embargo, diferencias en cuanto a la percepción del estado de salud. Las diferencias entre ambos grupos de edad son menos acusadas que entre ambos sexos, pues no hay diferencias importantes en cuanto a nivel

socioeconómico y existencia de trastornos afectivos, aunque los mayores de 80 años sufren un mayor grado de soledad que los menores de 80 años y tienen un mayor grado de incapacidad funcional. Podría ser que estos cambios sean asumidos por la persona anciana como algo natural y por ello no considere que empeoren su estado de salud.

Se podría considerar que el estado de salud autopercebido, la EVA del Euroqol y el perfil formado por las cinco dimensiones del Euroqol son tres instrumentos de medida que pretenden medir más o menos lo mismo, el estado general de salud percibido subjetivamente por el sujeto.

Los resultados referentes al estado de salud autopercebido están dentro del rango de los resultados de otros estudios^{8,12,17-24}, apreciándose también en algunos de estos trabajos la diferencia existente entre varones y mujeres^{8,22,25}.

Se ha preguntado poco a las personas mayores sobre cuáles son para ellas las principales causas de mal estado de salud. Después de una búsqueda bibliográfica se encontró únicamente un artículo de Martín-Almendros et al²⁶ en el que se preguntaba a una muestra de población adulta qué dos factores de entre nueve previamente especificados (tabaco, alimentación, alcohol, estrés, actividad física, medio ambiente, peso, apoyo familiar y genética) son considerados más influyentes en la salud, y para los mayores de 65 años eran la alimentación (51,6%), el tabaco (39,1%) y el alcohol (31,1%). El tabaco y el alcohol aparecen en el presente estudio como tercera causa en importancia para no tener un mejor estado de salud, después de la enfermedad y la edad.

La puntuación media de la muestra en la EVA (66,6) se encuentra entre los valores obtenidos por otros estudios nacionales, siendo superior a la puntuación de los mayores de 65 años de la población general de Cataluña (60,6)²⁷ y ligeramente inferior a la puntuación de los navarros (69,92)^{23,28}. Sin embargo, es inferior a la puntuación de los mayores de 60 años del Reino Unido (76,9)²⁹, donde la puntuación de la EVA va disminuyendo progresivamente a medida que aumenta la edad de los encuestados (80 en las personas de 60 a 69 años, 75 en las de 70 a 79 años y 72 en las mayores de 80 años). En el presente estudio los mayores de 80 años tienen puntuaciones ligeramente inferiores (65,3) a los menores de 80 años (67,1), pero las diferencias no son significativas.

El 45,7% de las personas entrevistadas ha elegido el perfil que refleja un estado de salud óptimo («11111»), siendo el porcentaje de mujeres (40,1%) significativamente inferior que el porcentaje de varones (53,7%). Badia et al²⁷ encuentran el perfil «11111» en un 67% de las respuestas de la población general de Cataluña, y en la encuesta de salud de Navarra del año 2000²³ el 70% de la población general contesta con el perfil «11111». Unos años antes, Gaminde et al²⁸ obtienen dicho perfil sólo en el 56,2% de la población general de Navarra, disminuyendo este porcentaje con la edad de forma que en mayores de 60 años es sólo el 38%, sin encontrar diferencias en cuanto al sexo.

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La calidad de vida es un objetivo en salud cada vez más importante.
- El concepto de calidad de vida tiene un componente de subjetividad muy importante.
- El estado de salud autopercebido es uno de los componentes de la CVRS.

Qué aporta este estudio

- Una descripción de la calidad de vida con el Euroqol y el PSN en los mayores de 65 años de clase social media predominantemente.
- Las mujeres perciben peor su estado de salud y tienen peores puntuaciones en el Euroqol y el PSN que los varones.
- Los mayores de 80 años tienen peores puntuaciones en el Euroqol y el PSN que los menores de 80 años, pero no perciben su estado de salud como peor.

Existen diferencias con respecto a otros estudios nacionales en cuanto al porcentaje de personas que presentan problemas en algunas dimensiones del Euroqol (tabla 5). Badia et al²⁷, en la población mayor de 65 años de Cataluña, y la encuesta de salud de Navarra del año 2000²³, encuentran mayores porcentajes de problemas en *movilidad* y menores en *ansiedad/depresión* que los obtenidos en los mayores de 65 años madrileños. Las diferencias existentes entre los varones y mujeres madrileños en el porcentaje de personas que presentan problemas en las dimensiones del Euroqol son mayores que las diferencias entre los varones y mujeres navarros²³. Kind et al²⁹ detectan en el Reino Unido que las mujeres de 60 a 69 años presentan problemas en menor proporción que los varones del mismo grupo de edad en todas las dimensiones del Euroqol, excepto la dimensión *ansiedad/depresión*; sin embargo, en las mujeres mayores de 70 años esto se invierte, de modo que presentan mayor proporción de problemas que los varones de su edad en todas las dimensiones. Por otra parte, estos autores encuentran que el porcentaje de problemas en todas las dimensiones aumenta gradualmente con la edad de las personas encuestadas, excepto en la dimensión *ansiedad/depresión*, ocurriendo lo mismo en el presente estudio, con otra excepción más, la dimensión *dolor/malestar*.

Comparado con el único estudio nacional en población semejante que hemos encontrado en la bibliografía, las puntuaciones obtenidas en el PSN son similares a las obtenidas por Alonso et al³⁰ en mayores de 70 años de Barcelona

(energía, 23,3; dolor, 21,8; movilidad, 27,3; sueño, 32,8; re-acción emocional, 25; aislamiento social, 11,5), mientras que existen mayores diferencias con los resultados de estudios británicos e italianos³¹. Quizá esto se deba a las diferencias socioculturales existentes entre países. En general, los mayores de 65 años del presente estudio tienen mayores puntuaciones que sus homólogos británicos, salvo en la dimensión *aislamiento social* con puntuaciones similares en ambos países y en la dimensión *energía* con puntuaciones superiores en los varones británicos, y menores puntuaciones que sus homólogos italianos, salvo en la dimensión *sueño* en que es mayor la puntuación de los varones madrileños y las dimensiones *dolor* y *movilidad física* en que es mayor la puntuación de las mujeres madrileñas.

Sería interesante determinar, como objetivo de otro trabajo, qué diferencias puede haber en cuanto al funcionamiento de estas tres medidas del estado de salud en el mayor de 65 años y cuál de ellas sería de mayor utilidad para detectar necesidades y estados de salud deficitarios.

Bibliografía

- Leiva Fernández F. La calidad de vida como método de valoración de las actuaciones en atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16(Supl 1):130-1.
- Badia X, del Llano J. Investigación de resultados en salud. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Supl 3):1-7.
- The Whoqol group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-85.
- Lizán Tudela L. Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones. *Aten Primaria* 1995;16(Supl 1):131-2.
- Bowling A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales, 2nd ed. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1997.
- Badía X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español, 2.ª ed. Barcelona: Edimac, 1999.
- Azpiazu Garrido M. Calidad de vida y factores asociados en mayores de 65 años (áreas sanitarias 2 y 4 de Madrid). Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Mayo, 2001.
- Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gac Sanit* 1991;5:117-24.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de España, 1993.
- Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;3:320-6.
- Tomás MT, Centelles F, Valero C, Alcalá A, Cerón A, Soler J, et al. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1999;23:121-6.
- Zunzunegui V, Béland F. La salud de las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol* 1995;5:245-58.
- García de Blas F, González-Montalvo JJ, Bermejo F, Colmenarejo C, Delgado L, Miguel I. Salud general, funcional y mental en la población anciana de tres barrios de Madrid. *Rev Gerontol* 1995;2:81-8.
- Escudero Sánchez C, García Carmona R, Ibáñez Colás A, López López MA, Hidalgo García-Consuegra MA, Pérez Juárez A, et al. Déficit cognitivo, prevalencia y factores asociados en la población mayor de 74 años. *Aten Primaria* 1999;24:326-31.
- León Galat V, Zunzunegui MV, Béland F. El diseño y la ejecución de la encuesta «Envejecer en Leganés». *Rev Gerontol* 1995;5:215-31.
- Martínez de la Iglesia J, Pérula de Torres LA, Espejo J, Rubio V, Aranda JM, Fonseca FJ, et al. Proyecto ANCO: un estudio sociosanitario de la población mayor de la ciudad de Córdoba. Diseño y ejecución. *Rev Gerontol* 1997;7:82-90.
- Gómez Peligros A, Varona López W, Alonso Atienza MC, García Jimeno L, Menéndez Obregón J. Salud percibida, utilización de servicios y consumo de medicamentos en población anciana no institucionalizada. *Aten Primaria* 1993;11:233-8.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España, 1997.
- Gorroñoogitia Iturbe A, Ibáñez Pérez F, Olaskoaga Arrate A. Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. *Aten Primaria* 1992;10:771-6.
- Bello Luján LM, Suárez Rivero JB, Prieto Ramos F, Serra Majem L. Variables sociales y sanitarias asociadas a la autopercepción del estado de salud en la población adulta de Gran Canaria (Islas Canarias). *Aten Primaria* 1999;24:533-6.
- Pérula de Torres LA, Martínez de la Iglesia J, Ruiz Moral R, Fonseca del Pozo J. Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido: estudio poblacional. *Aten Primaria* 1995;16:323-9.
- Ferrando J, Nebot M, Borrel C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gac Sanit* 1996;10:174-82.
- Encuesta de salud de Navarra del año 2000. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/docencia/investigacion/encuesta_salud/marco_encuesta.htm
- Pérula de Torres LA, Martínez de la Iglesia J, Espejo J, Rubio Cuadrado MV, Enciso Berge I, Fonseca del Pozo FJ, et al. Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos (proyecto ANCO). *Aten Primaria* 1997;20:425-34.
- Fernández-Merino MC, Rey-García J, Tato A, Beceiro F, Barros-Dios J, Gude F. Autopercepción de la salud y mortalidad en ancianos de una comunidad rural. *Aten Primaria* 2000;25:459-63.
- Martín-Almendros MIS, Martínez González MA, de Irala-Estévez J, Gibney M, Kearney J, Martínez JA. Percepciones de la población adulta española sobre factores determinantes de la salud. *Aten Primaria* 1999;24:514-22.
- Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the Euroqol 5-D in the catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res* 1998;7:311-22.
- Gaminde I, Cabasés J. Measuring valuations for health states amongst the general population in Navarra (Spain). En: Badia X, Herdman M, Segura A, editors. Euroqol. Plenary meeting Barcelona 1995; 3-6 october. Discussion papers. 1996; p. 113-21.
- Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ* 1998;316:736-41.
- Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *AJPH* 1990;80:704-8.
- The European Group for Quality of Life and Health Measurement. European guide to the Nottingham Health Profile. 1989 [ed. revisada].

COMENTARIO EDITORIAL

La calidad de vida relacionada con la salud. Importancia en atención primaria

P. Gayoso Diz

Médico de Familia. Ourense. España.

La medida del nivel de salud y de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones en el ámbito sanitario. Su uso ha crecido exponencialmente, junto con otras medidas como la satisfacción, en lo que podríamos denominar medidas centradas en el paciente¹.

Guyatt define la CVRS como un concepto que intenta medir la opinión subjetiva del individuo respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social.

Las estrategias de calidad total de los sistemas sanitarios conceden una gran relevancia a los resultados obtenidos en términos de calidad de vida, como una de las variables finales que permiten analizar la efectividad de las actuaciones clínicas (nivel de microgestión, gestión clínica) y la planificación sanitaria (nivel de macro-mesogestión).

Por otra parte, como en el resto de los países europeos, asistimos en España a un progresivo envejecimiento de la población. El progreso tecnológico permite dar respuesta a problemas de salud, hasta ahora fatales, promoviendo una esperanza de vida que se sitúa entre las más altas del mundo. Este cambio demográfico se acompaña de modificaciones sustanciales en la estructura social. La desagregación familiar, la mayor tasa de empleo de la mujer y otros factores están llevando a una situación en la que la soledad y falta de apoyo social constituyen, con frecuencia, la realidad de muchas personas mayores. Esto tiene una importante repercusión en la calidad de vida de estas personas y en su capacidad de afrontar su autocuidado². Ambas situaciones llevan a una utilización creciente de recursos sanitarios por parte de esta población, en especial en atención primaria.

Simultáneamente, se advierte un cambio en las expectativas de la población en relación con su nivel de salud. La salud se ha convertido en un bien en sí mismo, demandado como derecho por todos los ciudadanos, en su nivel más alto posible. Actualmente se está en disposición de minimizar los síntomas de enfermedades crónicas, y se plantean soluciones ante enfermedades degenerativas (recambios valvulares, prótesis articulares) hasta edades muy avanzadas, garantizando una autonomía y calidad de vida que las

Puntos clave

- La CVRS es una medida de resultado centrada en el paciente y de mucho interés en atención primaria.
- La calidad de vida y el estado funcional son predictores independientes de resultados de salud.
- El progresivo envejecimiento poblacional requiere por parte del sistema sanitario una creciente oferta de atención orientada a mantener o mejorar la CVRS.
- Es necesario profundizar en el comportamiento de los diferentes instrumentos de que se dispone para medir la calidad de vida para decidir sobre su utilidad.

hace aceptables para el paciente. Esta evolución genera expectativas de alcanzar una mayor CVRS en la población, a la que el profesional de atención primaria debe dar respuesta.

La autopercepción de la propia calidad de vida incorpora factores como los valores y creencias del individuo, su experiencia vital previa, etc. a la presencia de limitaciones para el desarrollo de las actividades de su vida diaria. Se trata, por tanto, de una variable compleja con un gran peso en el estado de salud de la persona. Podríamos afirmar que lo importante no es tanto «estar bien» como «sentirse bien». Los profesionales de atención primaria necesitan conocer el nivel de calidad de vida de la población a la que atienden para, por un lado, poder planificar las respuestas a las necesidades detectadas y, por otro, estar en condiciones de evaluar el impacto de las acciones tomadas. Por otra parte, se ha demostrado que el estado funcional y la calidad de vida percibida son predictores independientes de los resultados de salud³.

Actualmente existen numerosos instrumentos para medir la CVRS de los que se conoce su validez, fiabilidad y sen-

sibilidad al cambio (principales propiedades que caracterizan un instrumento adecuado)³. Sin embargo, todavía existe un importante desconocimiento de la relación de esta con otras variables centradas en el paciente, como la satisfacción percibida en relación con la atención sanitaria y sobre la relación entre las diferentes dimensiones de la CVRS. También hay necesidad de un mayor conocimiento de su comportamiento en relación con las preferencias y valores de los individuos.

En estudios epidemiológicos, estos instrumentos se emplean para determinar la CVRS de una determinada población, analizar diferencias en el nivel de calidad de vida entre distintos grupos poblacionales en un mismo momento, o en un grupo poblacional a lo largo del tiempo y en relación con las intervenciones sanitarias realizadas.

El presente estudio supone una importante aportación en este campo. Se realiza sobre una muestra representativa de la población urbana mayor de 65 años, con una tasa de respuesta del 66%, lo cual, dada la complejidad de este tipo de estudios, supone una adecuada respuesta.

Utiliza simultáneamente 3 instrumentos que permiten una aproximación más completa a una variable multifactorial como la que nos ocupa: Perfil de Salud de Nottingham y Euroqol para calidad de vida y la dimensión «Actividades de la vida diaria» del OARS-MFAQ para capacidad funcional. Además, los investigadores analizaron otras variables que influyen en la CVRS como salud física, salud mental, apoyo sociofamiliar y recursos económicos, además de variables sociodemográficas. Por esta razón, presenta una aproximación muy completa para determinar la calidad de vida en la población estudiada. Este primer original, al que con seguridad seguirán otros, presenta los da-

tos descriptivos sin profundizar en el análisis de relaciones entre las dimensiones estudiadas.

Los resultados obtenidos muestran una relación inversa entre edad y calidad de vida, y es superior la proporción de personas mayores de 80 años con problemas identificados (Euroqol y Nottingham); sin embargo, la autopercepción de calidad de vida no mostraba diferencias con la edad. En relación con el género, las mujeres presentan una peor calidad de vida y también es peor su autopercepción de ésta. Sería deseable conocer los resultados del análisis de estas variables controlando por otros factores (nivel de estudios, apoyo sociofamiliar, etc.) que, se sabe, modifican la salud percibida.

Los investigadores señalan, además, una línea de análisis de gran utilidad, como es la comparación del rendimiento de los instrumentos empleados en el estudio de la CVRS en la población mayor de 65 años. Esto proporcionará elementos para entender mejor las propiedades y limitaciones de cada uno. Con esta información, clínicos e investigadores podremos ser más eficientes en la toma de decisiones sobre el instrumento de mayor utilidad para su utilización en atención primaria.

Bibliografía

1. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud: guía de escalas de medición en español. 3.ª ed. Barcelona: Edimac, 2002.
2. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patients outcomes. JAMA 1995;273:59-65.
3. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the older functional assesment of older patients. N Engl J Med 1990; 322:1207-14.