

CARTAS CIENTÍFICAS

Descripción de la calidad de vida en una población anciana institucionalizada**Description of quality of life in institutionalized elderly people**

Sr. Editor

El concepto de vejez satisfactoria se define por la baja probabilidad de enfermar y la ausencia de minusvalías, la conservación de la capacidad cognitiva y física y, por las ganas de vivir. Además, debe preservarse la autonomía del individuo para garantizar su calidad de vida, condición que puede evaluarse conociendo cómo percibe el anciano su propio estado de salud¹.

Presentamos un estudio descriptivo transversal sobre el estado de salud percibido en una población de ancianos institucionalizados, utilizando el EuroQol-5D² como instrumento multidimensional diseñado para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Con él queremos mostrar algunas de las peculiaridades de los ancianos institucionalizados en las residencias de carácter privado de nuestra ciudad, que pueden servir de orientación a la hora de abordar y procurar el envejecimiento satisfactorio en este grupo de personas.

Se estudió a 280 ancianos institucionalizados, que participaron voluntariamente tras firmar su consentimiento informado y siguiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki³.

Se excluyó a quienes presentaban un grado de dependencia total o grave (índice de Bathel <40) o un deterioro cognitivo moderado o grave (test de Pfeiffer ≥ 5), de forma que finalmente la población estudiada fue de 156 ancianos (101 mujeres y 55 varones).

Para medir la CVRS hemos elegido la versión española del cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) por ser rápido y fácil de entender^{2,4}. Se evalúan cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), según tres grados de afectación («1» sin problemas, «2» algunos problemas o problemas moderados y «3» problemas graves) referidos al mismo día en el que se rellena el cuestionario.

De esta forma se obtienen perfiles de salud, siendo el mejor la combinación «11111» y el peor la combinación «33333». La aplicación de determinados coeficientes a cada perfil permite calcular la «tarifa social», que va desde el valor 1 (mejor estado de salud posible), hasta el valor 0 (estado de muerte)⁵. El EQ-5D incluye una Escala Visual Analógica (EVA) que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

Para facilitar la interpretación de los resultados, se ha optado por agrupar las tres categorías propuestas en solo dos: «Sin problemas», personas sin problemas en la dimensión evaluada; «Problemas», personas con algunos o muchos problemas^{5,6}.

La repercusión de la edad en las cinco dimensiones ha sido dispar (fig. 1). El porcentaje de ancianos menores de 85

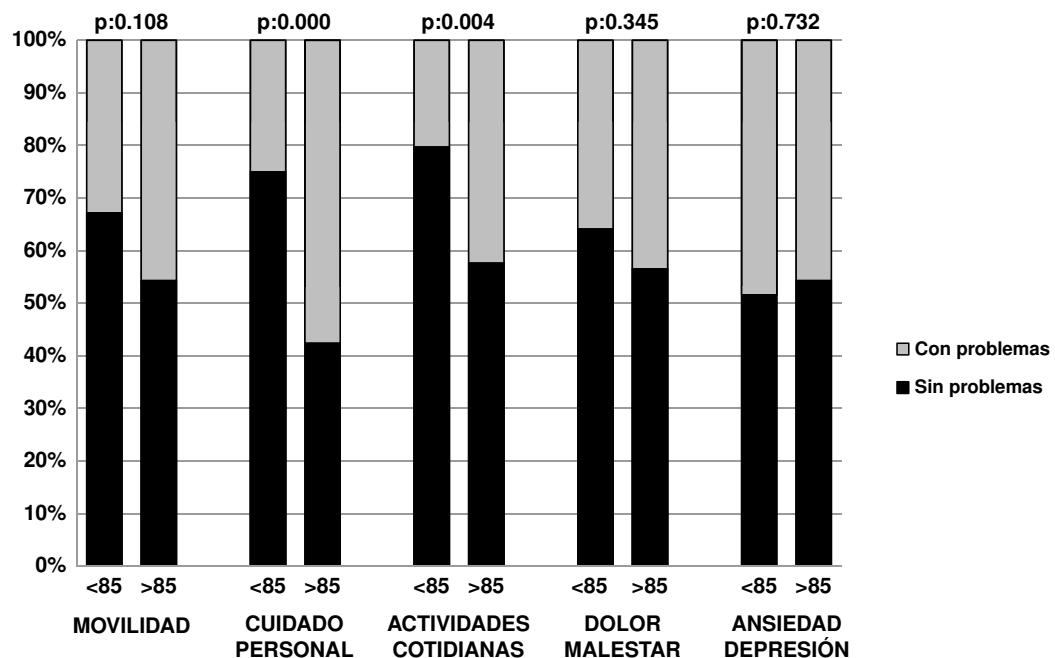


Figura 1. Distribución porcentual de ancianos con/sin problemas en las dimensiones del EQ-5D en función de la edad.

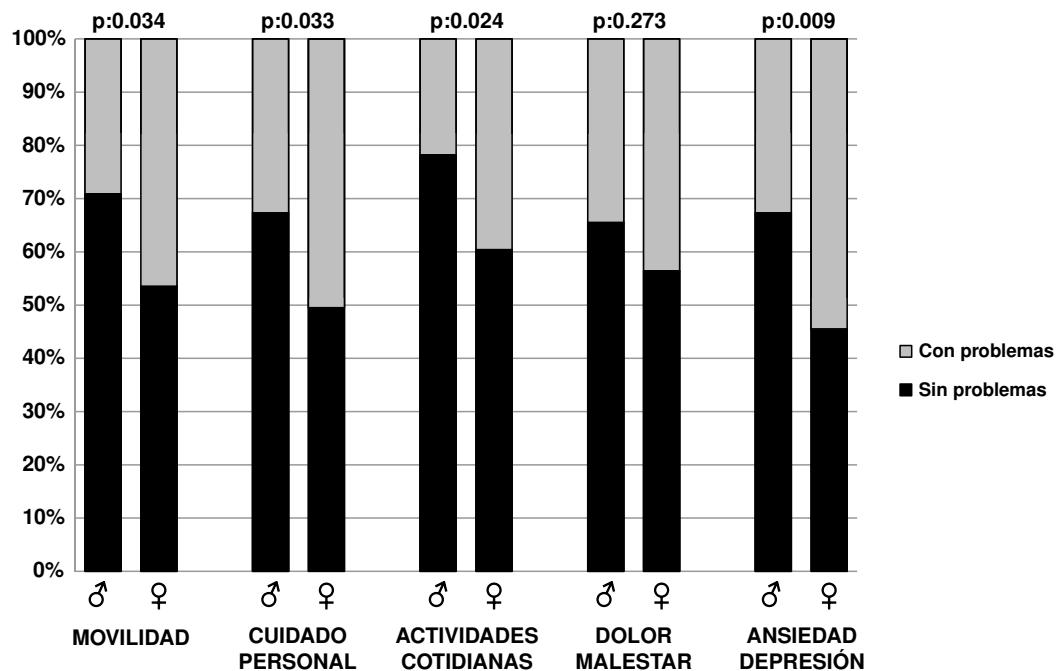


Figura 2. Distribución porcentual de ancianos con/sin problemas en las dimensiones del EQ-5D en función del sexo.

años sin problemas, en las dimensiones «Cuidado personal» y «Actividades cotidianas», es superior al que presentan los más mayores. Sin embargo, la edad no ha tenido influencia en las dimensiones «Movilidad», «Dolor/malestar» y «Ansiedad/depresión». La autopercepción de la CVRS de nuestros ancianos es peor, si se comparan con un estudio similar desarrollado en Navarra⁷. Esto podría deberse a que la media de edad en nuestro estudio es muy superior comparada con el de Navarra y con otros trabajos^{7,8}. Estudios similares, pero con población no institucionalizada, muestran que la tasa de problemas declarados aumenta con la edad, mientras que otros autores defienden que la percepción del estado de salud no depende únicamente de la edad coincidiendo con nosotros, cuando hemos constatado que este factor no era determinante en las dimensiones «Movilidad», «Dolor/malestar» y «Ansiedad/depresión»⁷⁻⁹.

Como se aprecia en la figura 2, el porcentaje de varones sin problemas es significativamente mayor que el de mujeres, salvo en la dimensión «Dolor/malestar». En el mismo sentido, el cálculo de la «tarifa social», cuyo valor medio para la población estudiada fue de $0,65 \pm 0,26$, resultó más favorable para los varones ($0,71 \pm 0,29$), que para las mujeres ($0,62 \pm 0,24$; $p = 0,034$). Algo similar ocurría con la EVA, en la que los valores medios de los varones ($70,2 \pm 14,4$) fueron superiores a los del grupo femenino ($66 \pm 12,5$; $p = 0,060$). En este sentido, García¹⁰ hace referencia a que una parte importante de las consecuencias del envejecimiento de la población son diferentes para varones y mujeres, y eso debe hacernos pensar si el proceso de envejecimiento es igual para ambos sexos.

En conclusión, creemos que en nuestro grupo de ancianos la edad no es siempre determinante a la hora de declarar problemas de salud, y que hay otros factores influyentes, como el hecho de vivir en una residencia. Por otra parte, la autopercepción de la CVRS parece estar condicionada por el sexo del anciano, lo que invita a considerar variables culturales, educacionales y de sexo cuando se estudia la calidad de vida en el anciano.

Bibliografía

1. Herdman M. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:22-5.
2. Badía X, Roset M, Monserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:79-86.
3. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones en seres humanos. Asociación Médica Mundial. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura CLXXXIV 730. 2008. p. 349-52.
4. Badía X, Roset M, Herdman M, Kind P. A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Med Decis Making*. 2001;21:7-16.
5. Herdman M, Badía X, Berra S. EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;2:425-9.
6. Ramos CP, Larios GO, Sotero R, Martínez M, López M, Pinto FJA. Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado. Instituto de Salud Pública; 2003.
7. Encuesta de Salud 2000. Calidad de Vida Relacionada con la Salud. En: *¿Cómo estamos de salud 2000? Evaluación del Plan de Salud 1991-2000*. Departamento de Salud. Ed. An Sist Sanit Navar. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; 2002. p. 182-128.
8. Azpiazu GM, Cruz JA, Villagrasa FJ, Abanades HJ, García MN, Alvear VB. Factores asociados al mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:683-700.
9. Lobo A, Santos MP, Carvaho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:22-6.
10. García A. Envejecimiento y género: aspectos sociales. *Rev Metas*. 2000;26:17-22.

M. Milagros De la Fuente Sanz^a,
Francisco José Fernández de Santiago^b y
Francisco José Navas Cámara^{a,*}

^a Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria, Universidad de Valladolid, Valladolid, España
^b Residencia de la Tercera Edad El Parque, Soria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjnavas@bio.uva.es (F.J. Navas Cámara).