

Desigualdades sociales y cambios en la calidad de vida de los ancianos en el medio rural de Cuenca entre 1994 y 2002

Amelia Ceresuela López^a, Saúl Rubio Rubio^b, Belén Rodríguez Rodríguez^c, José M. David Domingo^d, Carmen Cuerda Seguro^e y Teófilo Lorente Aznar^f

^aCentro de Salud de Landete. Cuenca. España.

^bCentro de Salud de Casasimero. Cuenca. España.

^cCentro de Salud de Beteta. Cuenca. España.

^dCentro de Salud de San Lorenzo de la Parrilla. Cuenca. España.

^eCentro de Salud de San Fernando. Cuenca. España.

^fUnidad Docente de Medicina de Familia de Huesca. Huesca. España.

Objetivo: valorar los cambios en la calidad de vida de una muestra de ancianos que viven en la comunidad, tanto de forma global (IGCV), como en las dimensiones de salud física (SF), salud mental (SM), actividades de la vida diaria (AVD), recursos económicos (RE) y recursos sociales (RS).

Material y métodos: de una muestra de 918 individuos mayores de 64 años de la provincia de Cuenca, se midió, en 1994, la calidad de vida de 519, mediante el cuestionario de calidad de vida en ancianos (CVA) desarrollado a partir del OARS-MFAQ (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire). En 2002, con un 3,6% de pérdidas, se administró de nuevo el CVA a aquellos que permanecían vivos y no institucionalizados. Se compararon los resultados en los dos períodos de estudio, y mediante análisis de regresión múltiple se estiman los factores asociados a la variación de la calidad de vida.

Resultados: de los 519 participantes del estudio, 130 (25%) fallecieron y 14 (2,7%) fueron institucionalizados. Los ancianos que permanecían vivos en 2002 empeoraron su CV en general y, más concretamente, en las dimensiones de AVD, SF y SM. Sin embargo, ajustando por edad, el IGCV mejoró en 2002 respecto a 1994. Mediante regresión logística encontramos asociados a un menor empeoramiento en la CV tener estudios, ser varón, tener una edad inferior y estar viudo.

Conclusiones: la calidad de vida de los ancianos no institucionalizados de Cuenca mejoró entre los años 1994 y 2002.

Palabras clave

Anciano. Calidad de vida. Población rural. Cuestionario.

Social inequality and changes in quality of life among the elderly in rural areas of the province of Cuenca (Spain) between 1994 and 2002

Objective: to evaluate changes in quality of life (QoL) in a sample of elderly community-dwelling individuals. Overall QoL was evaluated, in addition to the dimensions of physical health (PH), mental health (MH), activities of daily living (ADL), economic resources (ER) and social resources (SR).

Materials and methods: of a sample of 918 persons aged more than 64 years old in the Province of Cuenca (Spain), QoL was measured in 519 in 1994 by means of the Quality of Life for the Elderly (QLE) questionnaire, developed from the OARS-MFAQ Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. In 2002, with a 3.6% loss, the QLE was administered again in all participants that were still alive and non-institutionalized. The results were compared for the two periods and the factors associated with variation in QoL were estimated by means of multiple regression analysis.

Results: of the 519 participants at baseline, 130 died (25%) and 14 (12.7%) were institutionalised. Elderly individuals who were still alive in 2002 showed a general worsening in their overall QoL, specifically in the variables of ADL, PH and MH. However, after adjusting for age, we found that overall QoL was better in 2002 than in 1994. Logistic regression revealed that the factors associated with a lesser decrease in QoL were education, being male, lower age, and being widowed.

Conclusions: QoL in community-dwelling elderly individuals in the Province of Cuenca improved between 1994 and 2002.

Key words

Elderly. Quality of life. Rural population. Questionnaire.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es uno de los principales factores que condicionan la demografía en el momento

Correspondencia: Dra. A.M. Ceresuela López.
Cuesta de la Jardinera, 6 2.º dcha. 44003 Teruel. España.
Correo electrónico: ameliaceresuela@terra.es

Recibido el 5-3-2007; aceptado el 21-11-2007.

actual y es un fenómeno sobre el que la humanidad no ha tenido experiencias previas¹.

España se sitúa actualmente entre los países más longevos del mundo —según el Informe sobre el Índice de Desarrollo Humano publicado por la ONU en 2003— y a la cabeza con respecto a los países de la Unión Europea². Las expectativas apuntan a que el número absoluto de personas de 65 y más años en España sobrepasará los 8,5 millones en 2025, y que se triplicará entre 1980 y 2025, el número de personas muy mayores (mayores de 80 años)³.

Dado que el hecho de vivir más conlleva mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas e invalidantes, el aumento en la esperanza de vida implica un mayor número de personas dependientes⁴⁻⁷. De ahí la preocupación por conocer la situación real de nuestros mayores, por cómo asegurar que todos gocen del más alto nivel de bienestar y de calidad de vida posible^{2,3}, así como por entender mejor las variaciones fundamentales en el envejecimiento y conocer sus factores determinantes⁸.

Para detectar y cuantificar la incapacidad y los problemas de los ancianos, deberemos realizar una valoración funcional de ellos. Éste es un proceso multidimensional, con unas áreas fundamentales que deben considerarse: salud física (SF), salud mental (SM), actividades de la vida diaria (AVD), recursos económicos (RE) y recursos sociales (RS)^{1,9}.

En este sentido, los cuestionarios estandarizados de valoración funcional multidimensional han demostrado ser los instrumentos más adecuados para la valoración de los ancianos que viven en la comunidad. Entre ellos, el CVA (la calidad de vida en ancianos) se elaboró utilizando como base el cuestionario OARS-MFAQ¹⁰, con el fin de conseguir un cuestionario corto de administrar adaptado a la sociedad española, y ha demostrado ser un cuestionario válido, fiable y útil para el estudio de la calidad de vida de los ancianos que viven en la comunidad¹¹.

La mayoría de los estudios realizados en nuestro país para medir el estado funcional de nuestros ancianos son estudios de prevalencia¹²⁻¹⁴ o bien evalúan sólo parte del estado funcional del individuo, centrándose principalmente en las AVD^{5,15,6}.

El nuestro es un estudio longitudinal, cuyo objetivo es evaluar los cambios del estado funcional, tanto individualmente en cada una de las 5 áreas fundamentales (SF, SM, AVD, RS y RE), como de forma global, de una población mayor de una comunidad rural española, durante 8 años. Además, pretendemos identificar las desigualdades sociales que se desprenden de esos cambios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y ámbito

Se llevó a cabo un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en 3 zonas básicas de salud (ZBS) de la provincia de Cuenca: Beteta, de la comarca de la Serranía;

Casasimarro de la Manchuela, y Villares del Saz, de la Mancha.

Sujetos

Se seleccionó a 519 individuos mayores de 64 años y no institucionalizados que vivían en las 3 ZBS antes citadas mediante muestreo sistemático, de una muestra de 918 individuos en la que se consideró todo domicilio en el que habitaba al menos una persona mayor de 64 años. Cuando en el mismo domicilio existía más de un conviviente, se seleccionó, mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio, alternativamente a un individuo de cada sexo¹⁶.

A todos ellos se les solicitó el consentimiento informado tras explicarles en qué consistía el estudio, sus objetivos, la importancia de su participación y la confidencialidad de los datos.

Instrumento de medición y variables utilizadas

Se utilizó el cuestionario CVA, que consta de 4 partes: una prueba preliminar (prueba de Pfeiffer modificada), con la que si del entrevistador detecta deterioro cognitivo debe administrar el cuestionario especial para informantes (CVA-I) a una persona próxima al sujeto; un cuestionario para el entrevistado, con una sección en la que se valora, de forma reducida y adaptada a la población española, las 5 dimensiones de actividad funcional incluidas en el cuestionario OARS: RS, SF, AVD, SM y RE, y otra sección en la que se evalúa la utilización y necesidad de los servicios; un cuestionario para el entrevistador en el que da su opinión sobre la evolución de la entrevista y la actitud del entrevistado y, por último, unas escalas de valoración para cada una de las dimensiones con una puntuación que va desde 1 (excelente situación) hasta 6 (completamente deteriorado) y un índice global de calidad de vida (IGCV), suma del valor de las 5 escalas. De los RS se valora la cantidad y calidad de los vínculos interpersonales individuales; de las AVD se evalúa una serie de actividades básicas y otras instrumentales; de la SF se pregunta sobre enfermedades, medicación, grado de utilización de servicios médicos y autovaloración de la salud global; de la SM se valora cómo le va la vida en general, y de los RE se pretende conocer la adecuación de los ingresos y rentas de los individuos para cubrir necesidades mínimas razonables e imprevistos que puedan surgir.

El estado civil se recodifica en 4 categorías que son: 1: soltero; 2: casado; 3: viudo, y 4: separado o divorciado (inicialmente codificadas por separado).

El nivel de estudios se recodifica en 3 categorías: 1: analfabeto; 2: lee y escribe, y 3: primarios o superiores (que reagrupa las categorías iniciales de primarios, bachiller y universitarios).

Como medida de la evolución de la CV entre los años 1994 y 2002 se empleó la diferencia en los valores del IGCV.

Recogida de los datos

En 1994, mediante el cuestionario, se recogieron los datos de filiación y CV de los 519 individuos seleccionados. Posteriormente, en 2002, se recogió a través del Registro Civil de cada municipio el nombre, la edad y la causa de la defunción de los individuos que han fallecido. En el ayuntamiento de cada municipio, a través del padrón municipal, los datos referentes a domicilio, edad y estado civil de los que permanecen vivos. De los sujetos no accesibles, sólo se constató, a través de familiares, si vivían en el momento de la realización del trabajo de campo, la causa de la muerte, si era el caso, y si estaban o no en residencias. Por último, a los no institucionalizados se les administró de nuevo el cuestionario CVA.

Análisis de los datos

El procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo a través del programa SPSS.

Estrategia de análisis

Se hace una descripción de la población, presentando la distribución de frecuencias de las distintas variables estudiadas y calculando los estadísticos de tendencia central y la dispersión en el caso de datos cuantitativos. Se valora la relación entre los resultados de la prueba de CVA de los años 1994 y 2002 mediante comparaciones de medias con la prueba de la t de Student para datos apareados y la prueba de Wilcoxon. Se comprueba la correlación entre los resultados de ambos períodos, tanto del IGCV como de cada una de las cinco dimensiones, mediante el coeficiente de correlación de Pearson y el de Spearman. Investigamos los factores relacionados con la variación en la CV de los individuos entre los años 1994 y 2002, mediante el ajuste de un modelo multivariante de regresión lineal múltiple, introduciendo como covariables todas aquellas circunstancias que en el análisis bivariante hubieran mostrado asociación con una $p < 0,10$.

RESULTADOS

Descripción de los individuos

De los 519 individuos encuestados en 1994, en 2002 habían fallecido 130 (25%), 14 se encontraban institucio-

nalizados y 19 fueron casos perdidos (10 se encontraban en situación desconocida y 9 se negaron a contestar). Finalmente se administró el cuestionario a 356 individuos (fig. 1). Hubo escasa variación entre 1994 y 2002 en la distribución por poblaciones, la proporción de varones y mujeres y la proporción de individuos con deterioro cognitivo. La edad media de los individuos pasó de 74 años en 1994 a 80 años en 2002.

Las características socioeconómicas de la población inicial del estudio se resumen en la tabla 1.

Reagrupando en 3 las 6 categorías de cada escala, comprobamos que el área más frecuentemente afectada con un deterioro grave/absoluto (puntuaciones 5 y 6), fue en ambos períodos de estudio, la de actividades de la vida diaria (tabla 2).

Comparación de los resultados del cuestionario CVA en los dos períodos de estudio

Existe una correlación significativa entre las puntuaciones del CVA en 1994 y 2002 en todas las dimensiones ($p < 0,001$) y en el IGCV ($p < 0,001$ y coeficiente de correlación de Pearson = 0,649).

Al comparar los resultados del CVA entre 1994 y 2002, apreciamos un empeoramiento del IGCV y de las dimensiones AVD, SF y SM ($p < 0,001$), aunque no para los RS y RE (tabla 3). Sin embargo, al comparar las puntuaciones de los que tenían igual rango de edad (75-84 años) en ambos períodos de estudio, comprobamos que existe una mejora de la CV en ese período, tanto en el IGCV como en cada una de las dimensiones, aunque las diferencias alcanzaron la significación estadística tan sólo en el primer caso (IGCV $p < 0,001$) (tabla 4).

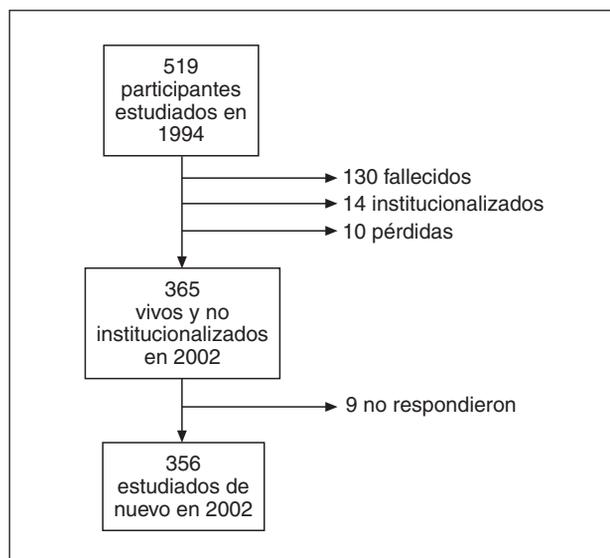


Figura 1. Evolución de los individuos del estudio.

Tabla 1. Características socioeconómicas de la población inicial de estudio

	Varones, n (%)	Mujeres, n (%)	Total, n (%)	p
Individuos	245 (47,2)	274 (52,8)	519	
Edad				0,002 ^a
65-74 años	158 (64,5)	147 (53,6)	305 (58,8)	
75 o más años	87 (35,5)	127 (46,4)	214 (41,2)	
Nivel de estudios				< 0,001 ^b
Analfabeto	24 (9,8)	75 (27,4)	99 (19,1)	
Lee y escribe	183 (74,7)	176 (64,2)	359 (69,2)	
Primarios o superiores	38 (15,5)	23 (8,4)	61 (11,8)	
Estado civil				< 0,001 ^b
Soltero	22 (9)	16 (5,8)	38 (7,3)	
Casado	169 (69)	126 (46)	295 (56,8)	
Viudo	51 (20,8)	131 (47,8)	182 (35,1)	
Divorciado	3 (1,2)	1 (0,4)	4 (0,8)	
Vive solo				0,002 ^b
Sí	35 (14,3)	69 (25,2)	104 (20)	
No	210 (85,7)	205 (74,8)	415 (80)	
Deterioro cognitivo				NS ^b
No	216 (88)	225 (82)	441 (85)	
Sí	29 (12)	49 (18)	78 (15)	
Dinero suficiente ^c				< 0,001 ^b
No	25 (11,8)	37 (16,4)	62 (14)	
Sí	191 (88,4)	188 (83,6)	379 (86)	
Considera su economía ^c				< 0,001 ^b
Mala/muy mala	6 (5,1)	15 (6,7)	21 (4,8)	
Regular	111 (51,4)	136 (60,4)	247 (56)	
Buena/muy buena	99 (45,9)	74 (32,9)	173 (39,2)	

NS: no significativo; p: probabilidad.

^aPrueba de la U de Mann-Whitney.^bPrueba de la χ^2 .^cPreguntas no incluidas en el CVA-I por lo que N = 441, en el resto N = 519.**Tabla 2.** Proporción de deterioro grave/absoluto* en cada dimensión del cuestionario CVA en los dos períodos de estudio

	1994	2002
AVD	15%	21,4%
RE	10%	5,4%
RS	1,2%	2,8%
SF	6,6%	10,1%
SM	4%	7,9%

AVD: actividades de la vida diaria; RE: recursos económicos; RS: recursos sociales; SF: salud física; SM: salud mental.

*Se ha considerado a los que han obtenido una puntuación de 5-6 en las escalas.

Factores relacionados con la evolución de la calidad de vida entre ambos períodos

Se ha creado un modelo de regresión múltiple con perspectiva explicativa. Se han incluido como covariables todas aquellas que en el análisis bivalente han mostrado alguna asociación ($p < 0,10$) con la variable respuesta: diferencia en los valores del IGCV entre los años 2002 y 1994. De esta forma ha podido objetivarse que la edad se comporta como un predictor independiente del empeoramiento de la CV. Por cada año de edad, la diferencia de puntuación es 0,14 puntos superior.

Ser varón, tener estudios y ser viudo son asimismo factores predictores relacionados con la evolución de la cali-

Tabla 3. Comparación de los resultados en las dimensiones del cuestionario CVA en 1994 y 2002

	1994 Media ± DT	2002 Media ± DE	Diferencia medias	p
RS	1,99 ± 0,86	1,96 ± 0,97	0,03	0,625
AVD	2,70 ± 1,07	3,06 ± 1,55	-0,37	< 0,001
SF	2,68 ± 1,04	3 ± 1,18	-0,32	< 0,001
SM	2,21 ± 0,72	2,54 ± 1,15	-0,34	< 0,001
RE	3,21 ± 0,90	3,15 ± 0,98	0,06	0,284
IGCV	12,78 ± 3,27	13,73 ± 4,26	-0,95	< 0,001

AVD: actividades de la vida diaria; DE: desviación estándar; IGCV: índice global de calidad de vida; RE: recursos económicos; RS: recursos sociales; SF: salud física; SM: salud mental.

Tabla 4. Variación de la calidad de vida en el segmento de edad 75-84 años entre ambos períodos de estudio

Dimensiones	Año	N	Media	DE	Diferencia de medias	p
IGCV	1994	154	14,16	3,73	1,14	< 0,001
	2002	213	13,02	4,20		
RS	1994	154	2,08	0,76	0,12	NS
	2002	213	1,96	0,93		
AVD	1994	154	3,32	1,22	0,40	NS
	2002	213	2,92	3,16		
SF	1994	154	3,05	1,14	0,19	NS
	2002	213	2,86	1,22		
SM	1994	154	2,49	0,94	0,10	NS
	2002	213	2,39	1,11		
RE	1994	154	3,21	0,92	0,15	NS
	2002	213	3,06	0,95		

AVD: actividades de la vida diaria; DE: desviación estándar; IGCV: índice global de calidad de vida; NS: no significativo; RE: recursos económicos; RS: recursos sociales; SF: salud física, SM: salud mental.

dad de vida, pero en sentido contrario al que se veía con la edad. Su presencia ayuda a mantener los niveles de calidad de vida previa. Los varones tienen una diferencia de puntuación 0,8 menor que las mujeres. Es decir, los varones empeoran su calidad de vida menos que las mujeres, independientemente del resto de factores incluidos en el modelo. Asimismo, los individuos que saben leer y escribir tienen una diferencia de puntuación 1,4 menor que los analfabetos, y los que tienen estudios primarios o superiores una puntuación 2,5 menor que los analfabetos. Así pues, la calidad de vida empeora menos cuanto mayor sea el grado de estudios alcanzado, independientemente de los otros factores.

También encontramos que aquellos participantes que al inicio del estudio (1994) presentaban peor puntuación en las dimensiones RS, AVD, RE y el IGCV eran los que menos empeoramiento de la CV presentaban (tabla 5).

Factores como el deterioro cognitivo del individuo, el vivir solo o el sentirse solo, no mostraron relación con la variación de la CV.

DISCUSIÓN

A pesar de tratarse de un estudio longitudinal, sólo hemos tenido 19 (3,6%) casos perdidos. Esto, seguramente favorecido por el fuerte arraigo de los mayores a su lugar de nacimiento, que es en la mayoría de los casos su residencia habitual, y también por la estrecha relación entre ancianos y sanitarios en el medio rural.

La muestra seleccionada pertenece al ámbito rural, por lo que presenta unas características particulares respecto al ámbito urbano. En el medio rural, la dispersión poblacional implica una menor accesibilidad a servicios de todo tipo, que podría influir negativamente en la valoración de estas personas, sobre los componentes soporte social y económico de la calidad de vida. Sin embargo, esto puede contrarrestarse con la existencia de un conocimiento más intenso entre los ciudadanos¹⁸. Así, el soporte social que viene dado por los vecinos, conocidos, amigos o familiares es más cercano que en una ciudad. Además, los valores son distintos y requieren de unas condiciones físicas y econó-

Tabla 5. Factores relacionados con la variación en la calidad de vida entre los años 2002 y 1994 (diferencia de puntuación del índice global)

	B	p	IC del 95%
Edad	0,149	0,0001	0,083-0,214
Sexo varón	-0,831	0,021	-1,534 a -0,128
Lee y escribe	-1,361	0,011	-2,409 a -0,314
Estudios primarios y superiores	-2,470	0,001	-3,886 a -1,054
Viudo	-1,022	0,012	-1,822 a -0,222
RS	-0,846	0,0001	-1,270 a -0,421
AVD	-0,393	0,042	-0,772 a -0,015
RE	-0,374	0,086	-0,801 a -0,054
IGCV	-0,294	0,0001	-0,410 a -0,179

Valores obtenidos mediante regresión lineal múltiple.

AVD: actividades de la vida diaria; B: coeficiente beta (valores positivos implican pérdida en la calidad de vida, p. ej., por cada año de edad de más en 1994 se espera perder 0,14 puntos en el índice global en 2002); IC: intervalo de confianza; IGCV: índice global de calidad de vida; RE: recursos económicos; RS: recursos sociales.

micas menos exigentes. Una ventaja del ámbito rural es que se trata de un medio muy estable y esto implica que no existan factores externos que pudieran influir en los resultados.

El uso de dos modelos de cuestionarios, utilizados según el grado de deterioro cognitivo, podría sesgar el estudio, pero no hay otra forma de recoger esa información. Sin embargo, dado que la prevalencia de deterioro cognitivo ha sido similar en los años 1994 y 2002 (el 15 y el 14%, respectivamente) es posible la comparabilidad y no invalidaría el estudio. Además, se ha protocolizado la selección de los informantes en esos casos, intentando que sean lo más cercanos posibles al individuo y que conocieran bien su situación. Se han obtenido resultados similares restringiendo el análisis a los datos de pacientes sin deterioro cognitivo, por lo que se decidió incluir todos los datos en los resultados finales.

Para evitar sesgos de medición, clasificación, o información, se tuvo en cuenta la selección y el adiestramiento de los entrevistadores, así como la fiabilidad interobservador que resultó ser importante.

Instrumento de medida

El cuestionario utilizado tiene en cuenta el carácter multidimensional de la calidad de vida, evaluando tanto de forma global como de forma independiente la salud física, la salud psíquica, las actividades de la vida diaria, el soporte económico y el social. De esta manera, conseguimos información diferenciada de la situación en las distintas áreas y también un único indicador sintético que nos sirve a la hora de medir o comparar de forma sencilla o unívoca la CV de la persona en su conjunto¹⁸. El CVA da

una amplia información en el menor tiempo posible y está adaptado a las circunstancias de los ancianos españoles que viven en la comunidad^{11,16}. Además, este instrumento supera la dificultad de la dependencia del estado cognitivo del entrevistado, requisito indispensable en múltiples estudios realizados mediante cuestionario^{19,20}. Para ello disponemos de dos modelos de cuestionario a administrar, el CVA para el entrevistado o el CVA-I para informantes (persona cercana al individuo), cuando el caso índice tiene deterioro cognitivo detectado a través de la prueba preliminar.

Factores que influyen en la calidad de vida

Al inicio del estudio, la prevalencia de deterioro cognitivo de nuestra población (15%) está por encima de la encontrada en España (entre el 5 y el 10%) para personas mayores de 65 años^{12,21}. El hecho de que sea más frecuente en las mujeres (18%) con respecto a los varones (12%) podría deberse al mayor grado de envejecimiento y al menor nivel de instrucción del que parten (el 27,4% de las mujeres que no saben leer ni escribir frente al 10% de los varones), ya que estos factores están asociados de forma importante con el deterioro cognitivo²². Se ha demostrado en otros estudios²³ que el déficit cognitivo aumenta con la edad. Sin embargo, en nuestro estudio, la proporción de población con deterioro cognitivo se ha mantenido estable entre 1994 (15%) y 2002 (14%), a pesar del aumento de edad de esa población. Esto podría explicarse porque en ese tiempo hayan fallecido los que inicialmente tenían mayor deterioro cognitivo, o bien, porque el grado de déficit cognitivo haya aumentado en los que ya lo tenían, pero no así la proporción de individuos.

Nivel de la calidad de vida

Coincidiendo con estudios tanto nacionales (Burgos²⁴, Vigo²⁵, Orense²⁶) como americanos (Durham²⁷, Cleveland y Virginia²⁸, Doble y Fisher²⁹ y Melzer³⁰), encontramos que el área más frecuentemente afectada con un deterioro grave/absoluto es la de AVD (15%), con una frecuencia de deterioro en nuestro caso en el rango superior de los estudios citados. Tan sólo en el estudio ANCO¹³, realizado en Córdoba, el deterioro en las AVD fue superado por el encontrado en los RS. Comparando con los estudios citados, encontramos, en general, una prevalencia superior de deterioro grave en el área de RE similar en las áreas de SF y SM, y muy inferior en la de RS. Esto podría derivarse de diferencias socioculturales y socioeconómicas, sin obviar las diferencias en el diseño de dichos estudios.

Centrándonos en las AVD, diremos que son las que generan mayores necesidades de cuidados personales, es decir, mayor dependencia³.

Algo que sorprende es la proporción tan elevada de individuos con deterioro grave de los RE en 1994 (10%) y que se ve reducida a la mitad en el 2002 (5,4%). Cabe pensar que esto podría ser consecuencia de una mayor mortalidad de aquellos individuos con peores recursos económicos, pero esto no pudo demostrarse ni en el análisis bivariado ni en el multivariado. Podría deberse a que las condiciones económicas de los individuos han mejorado en esos años (hay "menos pobres") o bien que al envejecer hayan adaptado su economía a las necesidades, valorando esta situación de forma menos exigente o más positiva.

Diferencia de la calidad de vida

La CV, en general, de los individuos encuestados no varía en 2002 con respecto a 1994, a pesar de que la edad media ha aumentado, quizás debido a que los individuos que peor CV tenían en 1994 han fallecido. Esto se demuestra al evaluar sólo a los que permanecen vivos; en ellos se observa que la CV empeora de forma global y también significativamente en aquellas dimensiones más influidas por la edad (AVD, SF y SM).

Sin embargo, se comprueba que existe una mejora real de la calidad de vida, al evaluar a individuos con igual rango de edad (en nuestro caso de 75-84 años) en los dos períodos. Esto daría respuesta a la creciente mejora de las condiciones de vida y una mayor inversión en recursos asistenciales a nivel sociosanitario, dirigida a los mayores. Aunque no son estadísticamente significativas, todas las dimensiones de la calidad de vida han mejorado en este rango de edad, pero especialmente las AVD, que estarían más influidas por una mayor inversión en salud y en apoyo, tanto formal como informal.

Desigualdades sociales

Coincidiendo con otros estudios^{5,6,15,32}, encontramos asociados a los cambios en la CV la edad, el sexo y el nivel de estudios alcanzado.

Según nuestros resultados, la edad es la variable que mejor predice un empeoramiento de la CV. En cuanto al sexo, los varones disminuyen su calidad de vida menos que las mujeres. Esto, sumado al hecho de que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los varones, da como resultado que éstas llegarán a edad avanzada con mayor deterioro de su calidad de vida. Tener estudios predice un menor empeoramiento de la calidad de vida, seguramente debido a que implica una mayor capacidad para resolver conflictos y un mayor autocuidado.

En cuanto al resultado de que los viudos empeoran menos que los solteros, lo explicamos porque los viudos parten de un peor nivel de CV (IGCV 14,57 frente a un IGCV 14,02 de los solteros) por lo que habrían empeorado menos.

También la capacidad funcional y el soporte social y económico peor valorados empeoran menos, quizás gracias a que esos individuos tienen ya inicialmente instaurada ayuda formal e informal. No es así para la salud física y mental, puesto que evolucionan a peor separadamente de la ayuda que se preste al individuo. Este efecto paradójico se da también con el IGCV, que puede deberse a que a partir de una puntuación mala, la situación del paciente queda estable, o bien a que el instrumento no sea sensible para detectar deterioro por encima de un determinado nivel, y los resultados se explicarían por los casos que en 1994 estén ya en el máximo grado de deterioro.

CONCLUSIONES

La calidad de vida mejora en una muestra de ancianos no institucionalizados de Cuenca entre los años 1994 y 2002, con lo que el aumento en la esperanza de vida iría acompañado de una mejora de la calidad de esos años.

Ya que la educación o el nivel de estudios se asocia a un menor empeoramiento, para preservar la función y la CV debemos incidir en elevar el nivel educacional de la población, luchando por erradicar el analfabetismo, educando a la población y realizando prevención y promoción de la salud.

El mayor deterioro de la CV se encuentra en las mujeres y con el aumento de edad. Dado que las mujeres tienen una mayor supervivencia que los varones, y que el sexo y la edad son dos variables no modificables, nuestros esfuerzos deben ir encaminados a buscar un soporte de emergencia para esa población dependiente, que estará constituida por mujeres muy ancianas.

Además, hemos encontrado que a mayor edad empeora la salud física y mental y las actividades de la vida diaria, por lo que será imprescindible evaluar la necesidad de servicios sociosanitarios para mejorar o impedir el deterioro,

especialmente en esas áreas. La atención sociosanitaria deberá ir encaminada, por un lado, a impedir, retrasar o atenuar la dependencia y, por otro, a crear un sistema de cuidados de larga evolución para las personas mayores que presentan ya una incapacidad funcional.

Para futuros estudios podría plantearse la aplicación del cuestionario en población urbana, donde la forma de vida diferente de la rural podría dar otros resultados a la hora de valorar componentes de la CV, como los recursos sociales y económicos o, por el contrario, comprobar que el barrio puede comportarse como un medioambiente residencial cerrado similar al ámbito rural.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los Profs. Dr. Vicente Martínez Vizcaíno y Dr. José M. Abad Díez su continuo apoyo y asesoramiento en la realización de este trabajo, cuyos resultados forman parte de una tesis doctoral. A la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) por becar esta tesis y al Centro de Estudios Socio Sanitarios (CESS) de Castilla-La Mancha y al Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud por su apoyo técnico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gené J, Contel JC, Peguero E. Procesos de atención al anciano en atención primaria de salud. En: Salgado A, Guillén F, Ruipérez I, editores. Manual de geriatría. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p.143-61.
2. Pérez G. Calidad de vida en personas mayores. 1.ª ed. Madrid: Dykinson; 2004.
3. Puga MD. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Madrid: Fundación Pfizer; 2002.
4. De la Revilla L, Espinosa JM. La atención domiciliar y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria*. 2003;31:587-91.
5. Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Lázaro P. Volumen y tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:201-11.
6. Zunzunegui MV, Nunez O, Durhan M, García de Yébenes MJ, Otero A. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6 year follow up study in Spain. *Aging Clin Exp Res*. 2006;18:352-8.
7. Robine JM, Michel JP. Looking forward to a general theory of population aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:M590-7.
8. Departamento de Naciones Unidas sobre el envejecimiento y la Asociación internacional de gerontología. Programa de investigación sobre el envejecimiento para el S/XXI. Madrid. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37 Supl 2:57-64.
9. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México*. 2002;44:349-61.
10. Pfeiffer E. Multidimensional functional assessment: the OARS methodology. A manual. Durham, North Carolina: Duke University, Center for the study of Aging and human Development; 1975.
11. Martínez Vizcaíno V, et al. Validez y fiabilidad de un cuestionario para valorar la capacidad funcional de las personas mayores. *Aten Primaria*. 1999;24:267-73.
12. Eiroa P, Vázquez-Vizoso FL, Veras R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:641-8.
13. Martínez de la Iglesia J, Espejo J, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, Aranda JM. Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO. *Aten Primaria*. 1997;20:475-84.
14. Lozano T. Una metodología para la identificación de necesidades sociosanitarias en personas mayores. *Rev Adm Sanitaria*. 2001;5:99-114.
15. Sagardui-Villamayor J, Guallar-Castillón P, García-Ferruelo M, Bane-gas JR, Rodríguez-Artalejo F. Trends in disability and disability-free life expectancy among the elderly in Spain: 1986-1999. *J Gerontology A Biol Sci Med Sci*. 2005;60:1028-34.
16. Martínez Vizcaíno V, Lozano Muñoz, A. Calidad de vida en ancianos. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha; 1998.
17. Reguant M. El medio rural: un reto para el futuro. *Aten Primaria*. 1998;22:479-80.
18. Casas J, Repullo JR, Pereira J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:796-98.
19. Meléndez M, Montero R, Jiménez C, Blanco LE. Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Aten Primaria*. 2001; 28:91-6.
20. Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención Primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:167-73.
21. Bermejo F, Colmenarejo C. Prevalencia de demencia y deterioro cognitivo. En: Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos de Madrid. Madrid: SG Editores. Fundación Caja Madrid; 1993.
22. Zunzunegui MV. Aplicaciones de los modelos multinivel al análisis de medidas repetidas en estudios longitudinales. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:177-88.
23. Bermejo F. El apoyo social a los "ancianos-ancianos". Un llamativo déficit. *Rev Mult Gerontol*. 1999;9:127-8.
24. Aspiazu M, Cruz JR, Villagrasa JR. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria*. 2003;31:285-94.
25. Gayoso P. La calidad de vida relacionada con la salud. Importancia en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:285-94.
26. Blanco MA. Calidad de vida de los ancianos en Galicia. Aproximación mediante la evaluación de una provincia de interior. Departamento de Psiquiatría, Radiología y Medicina Física y Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela; 2003.
27. Duke OARS. Multidimensional Functional Assessment: the OARS methodology. 2nd ed. Durham NC: Duke University, Center for the Study of Aging and Human Development; 1978.
28. Fillenbaum G. Multidimensional assesment of olders adults. The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
29. Doble SE, Fisher AG. The dimensionality and validity of the Older Americans Resources and Services (OARS). *Activities of Dailing (ADL) Scale*. *J Outcome Meas*. 1998;2:4-24.
30. Melzer D. Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *BMJ*. 1999;318:1108-11.
31. Alegre A, Ayuso M, Guillén M, Monteverde M, Pociello E. Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79: 351-63.
32. Espejo J, Martínez J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Aten Primaria*. 1997;20:3-11.