

ORIGINALES

# Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados

M. Meléndez Hernández<sup>a</sup>, R. Montero Herrero<sup>a</sup>, C. Jiménez Sánchez<sup>a</sup> y L.E. Blanco Montagut<sup>b</sup>

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, ZBS Ávila Rural y ZBS de Mombeltrán.

**Objetivo.** Evaluar la autopercepción de salud (AS) de los mayores de 65 años no institucionalizados. Relacionar dicha AS con edad, sexo, nivel socioeconómico (NSE) y utilización de servicios sanitarios (USS).

**Diseño.** Descriptivo transversal sobre muestra estratificada por edad y sexo.

**Emplazamiento.** Ciudad de Ávila.

**Participantes.** Un total de 425 entrevistas representativas de la población censal de mayores de 65 años utilizando el Cuestionario de Salud SF-36 y un cuestionario complementario que recoge información sobre NSE y USS.

**Resultados principales.** El índice de bienestar QWB es de 0,67 (0,69 varones; 0,65 mujeres), decreciendo con la edad (0,70 en < 70 años; 0,59 en > 84 años). Las mejores puntuaciones en el cuestionario se dan en las dimensiones *función social* (81,1) y *rol emocional* (79,8) y las peores en *salud general* (51,9) y *vitalidad* (58,5), con mejores valores siempre en varones ( $p < 0,05$  excepto en *función física* [ $p = 0,05$ ] y *salud general* [ $p = 0,47$ ]). A mayor edad siguen peores puntuaciones, afectándose más *función física* (-50,6%) y *rol físico* (-45,7%) y menos *salud mental* (-12,1%), *salud general* (-16,1%) y *rol emocional* (-17,8%). Los varones perciben más estable su salud que las mujeres (63,7% frente a 44,6%;  $p < 0,001$ ). Hay mejor AS cuanto mayor es el NSE ( $p < 0,05$  en todas las dimensiones), mayor es el nivel de estudios ( $p < 0,05$  excepto en *función social*) y menor es la USS ( $p < 0,05$  excepto en *salud mental-ingreso hospitalario*).

**Conclusiones.** El índice de bienestar de nuestros ancianos es comparable al de otras poblaciones. Los varones presentan mejor AS que las mujeres y perciben que su salud se mantiene estable en mayor proporción. La AS empeora con la edad significativamente. Un mayor NSE y una menor USS se relacionan con una mejor AS.

**Palabras clave:** Autopercepción de salud. SF-36. QWB. Estudio comunitario.

## SELF-PERCEPTION OF HEALTH OF THE NON-INSTITUTIONALISED ELDERLY

**Objective.** To evaluate the self-perception of health (SH) of non-institutionalised over-65s. To relate this SH to age, sex, social and economic level, and use of health services.

**Design.** Descriptive cross-sectional study on a sample stratified by age and sex.

**Setting.** City of Ávila.

**Participants.** 425 interviews representative of the census of the over-65s, using the SF-36 Health Questionnaire and a complementary questionnaire to gather information on social and economic levels and use of health services.

**Main results.** The QWB well-being index was at 0.67 (0.69 men; 0.65 women), dropping with age (0.70 in < 70s; 0.59 in > 84 years old). The highest scores on the questionnaire were in the dimensions *social function* (81.1) and *emotional role* (79.8); and the worst in *general health* (51.9) and *vitality* (58.5), with men always having higher scores ( $p < 0.05$ , except in *physical function* [ $p = 0.05$ ] and *general health* [ $p = 0.47$ ]). At greater ages the scores were worse, with *physical function* (-50.6%) and *physical role* (-45.7%) more affected by age, and *mental health* (-12.1%), *general health* (-16.1%) and *emotional role* (-17.8%) less affected. Men perceived their health as more stable than women did (63.7% vs. 44.6%;  $p < 0.001$ ). There was self-perception of better health, the higher the social and economic levels ( $p < 0.05$  in all dimensions), the greater the educational level reached ( $p < 0.05$  except in *social function*) and the less the health services were used ( $p < 0.05$ , except for *mental health-hospital admission*).

**Conclusions.** The Index of Well-being of our elderly people is comparable to that recorded in other samples. Men had self-perception of better health than women and saw their health as more stable. SH gets significantly worse with age. Higher economic and social levels and less use of health services are related to better SH.

**Key words:** Self-perception of health. SF-36. QWB. Community study.

(Aten Primaria 2001; 28: 91-96)

<sup>a</sup>DUE. <sup>b</sup>Médico. Tutor del I Curso de Investigación en Enfermería.

Correspondencia: Marta Meléndez Hernández.  
Avda. de José Antonio, 2, 2.º. 05197 El Fresno (Ávila).

Manuscrito aceptado para su publicación el 5-II-2001.

## Introducción

El envejecimiento poblacional es probablemente el fenómeno demográfico más importante a finales del siglo XX y principios del XXI en los países desarrollados<sup>1</sup>. El aumento de la esperanza de vida y los descensos de la mortalidad infantil y de la natalidad han condicionado un incremento del grado de envejecimiento, previéndose un 20,1% de mayores de 65 años para España en el año 2020<sup>2</sup>. El aumento de este sector de la población repercute directamente en la labor de enfermería, que tiene en los ancianos a los principales usuarios de sus cuidados.

En el concepto «calidad de vida» se incluye no sólo el aspecto fisiológico del desarrollo individual, sino que se trata el fenómeno «salud» en un sentido amplio, en el que los aspectos psicológicos y sociales cobran gran relevancia<sup>3-8</sup>. En este sentido, cuando hablamos de «calidad de vida relacionada con la salud» nos referimos al valor asignado a la duración de la vida que se ve alterado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción y las oportunidades sociales debidas a una enfermedad, a un accidente, a un tratamiento determinado o incluso a una decisión política<sup>3</sup>.

El objetivo del presente estudio es evaluar la autopercepción del nivel de salud (AS) de las personas mayores de 65 años, no institucionalizadas, de la ciudad de Ávila a través de la administración de un cuestionario genérico, así como

relacionar dicha autopercepción con las variables edad, sexo, nivel socioeconómico (NSE) y utilización de servicios sanitarios (USS). El escoger este grupo de población se debe a su progresivo «peso» demográfico y a su importancia respecto a la toma de decisiones tanto en política general como en salud pública, debido al gran —y creciente— consumo de recursos que su atención y cuidados requiere<sup>9,10</sup>.

## Material y métodos

Hemos analizado la calidad de vida relacionada con la salud en la población mayor de 65 años de la ciudad de Ávila mediante un estudio descriptivo transversal sobre muestra estratificada por edad y sexo, utilizando el Cuestionario de Salud SF-36 junto con un cuestionario complementario que recoge información sobre filiación, NSE y USS.

El SF-36 fue desarrollado para su uso en el Medical Outcomes Study (MOS) a partir de una extensa batería de cuestionarios, cuyo formato final proporciona un perfil del estado de salud a través de 8 dimensiones. Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud física y mental. Para cada dimensión, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud), no generando un índice global. El cuestionario complementario se ha construido con ítems de la Encuesta Nacional de Salud de España 1993<sup>11</sup> (asistencia por médico en las últimas 2 semanas, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios en el último año) y otros propuestos por la Sociedad Española de Epidemiología<sup>12</sup> para valorar el nivel socioeconómico (nivel de estudios y ocupación, dividiendo la ocupación en 5 grandes grupos según la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1984 RD 917/84, BOE de 27 de mayo).

Hemos utilizado además un indicador que proporciona una puntuación global de la calidad de vida y que se obtiene a través de una ecuación de regresión en la que intervienen 5 de las 8 dimensiones del cuestionario SF-36, según la fórmula  $QWB = 0,59196 + 0,0012588 \times PF - 0,0011709 \times MH - 0,0014261 \times BP + 0,00000705 \times GH \times RP + 0,00001140 \times PF \times BP + 0,00001931 \times MH \times BP$ <sup>13,14</sup>,

donde PF = función física, MH = salud mental, BP = dolor corporal, GH = salud general y RP = rol físico. Dicho indicador, QWB (Quality of Well-being Index, denominado también Índice de Bienestar), alcanza valores entre 0 (muerte) y 1 (asintomático, estado óptimo) y muestra una distribución normal en poblaciones adultas.

La muestra se ha estratificado por edad y sexo, y el método de extracción ha sido el siguiente: partiendo de los datos referidos a Ávila en el último censo de población disponible (1991), hemos calculado el tamaño muestral recomendado según la fórmula de los universos finitos para 2.554 varones y 3.604 mujeres > 65 años, lo que nos proporciona un tamaño mínimo muestral de 362 personas para  $p = q = 0,5$ , un nivel de confianza del 96% y un error de muestreo del 4%. Desglosando el valor mínimo muestral por sexo, se obtiene una población muestral de 133 varones y 229 mujeres. Conocida la estructura etaria de la población y el total muestral se ha calculado el número de entrevistas estratificadas por grupo de edad y sexo a realizar, cifra que pudo ampliarse al realizarse más encuestas válidas que el mínimo necesario hasta alcanzar 425 entrevistas, 154 a varones y 271 a mujeres.

Los cuestionarios se realizaron mediante entrevista personal durante los meses de marzo a junio de 1999 por entrevistadores pertenecientes al ámbito sanitario que fueron entrenados sobre el modo de realizar las entrevistas, unificando criterios y abordando las dudas existentes sobre los diferentes aspectos del cuestionario en 3 sesiones de 2 horas de duración. Cada miembro del equipo realizó un número determinado de entrevistas a un número concreto de personas comprendidas en cada grupo de edad y sexo. Se utilizó para la captación de la muestra el procedimiento de las «rutas aleatorias», de modo que cada entrevistador era dirigido a una zona de la ciudad al azar, contactando allí personalmente con los individuos y realizando la entrevista directamente al anciano. Se determinaron criterios para que no existiera una excesiva agregación espacial de las entrevistas, pues aunque no se trata de un estudio sociológico conviene que exista la mayor independencia posible de factores externos. Se excluyeron del estudio los ancianos institucionalizados y aquellos que presentaban algún tipo de demencia al tratarse de un cuestionario de salud au-

topercibida. El análisis de los datos se realizó a través del programa informático Epiinfo v. 6.04. La edad se ha tratado como una variable discreta con 5 categorías —65-69 (138 individuos), 70-74 (103), 75-79 (82), 80-84 (57) y más de 84 (45)—, así como el sexo —varón (154 individuos), mujer (271)—, mientras que las variables de utilización de servicios —visita a médico, a enfermero, a urgencias, ingreso hospitalario— y de nivel socioeconómico —ocupación y estudios— eran dicotómicas. La distribución de los valores de las distintas escalas del cuestionario se muestran como medias  $\pm$  desviación estándar, tanto para su valor global como para los distintos grupos de edad y sexo, valorando mediante la prueba de ji-cuadrado la existencia de diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en relación con el sexo. La relación entre el valor medio obtenido en cada dimensión con la edad, con cada una de las variables socioeconómicas y con las de utilización de servicios sanitarios se estableció mediante la prueba de Kruskal-Wallis con un nivel de significación  $p < 0,05$  o mediante análisis de la variancia con idéntico nivel de significación previa comprobación de la normalidad de las muestras y de la homogeneidad de las variancias.

## Resultados

El valor global alcanzado en nuestro estudio por el indicador QWB es de 0,67; en mujeres de 0,65 y en varones de 0,69. En el grupo de edad 65-69 años es de 0,70; en el de 70-74 años de 0,69; en el de 75-79 años de 0,66; en el de 80-84 años de 0,63, y en el de > 84 de 0,59.

Los valores globales de las 8 dimensiones del cuestionario figuran en la tabla 1, obteniendo puntuaciones (media  $\pm$  DE) en la escala del dolor corporal de  $63,3 \pm 29,5$ , en función física  $68,3 \pm 27,9$ , en función social  $81,1 \pm 26,9$ , en rol emocional  $79,8 \pm 37,9$ , en rol físico  $71,1 \pm 40,7$ , en salud general  $51,9 \pm 19,6$ , en salud mental  $69,2 \pm 21,8$  y en vitalidad  $58,5 \pm 23,8$ , existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en todas las dimensiones excepto en función física y salud general.

**TABLA 1. Distribución de las puntuaciones halladas en las distintas dimensiones del cuestionario de salud SF-36 en relación con el sexo**

	Global		Varones		Mujeres		p
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Dolor corporal	63,3	29,5	73,1	27,9	57,7	29,0	< 0,001
Función física	68,3	27,9	75,5	24,8	64,2	28,8	0,051
Función social	81,1	26,9	87,9	22,8	77,2	28,1	< 0,001
Rol emocional	79,8	37,9	90,1	27,5	73,9	41,6	< 0,001
Rol físico	71,1	40,7	82,6	34,8	64,5	42,3	< 0,001
Salud general	51,9	19,6	55,9	18,8	49,6	19,7	0,474
Salud mental	69,2	21,8	77,6	18,1	64,4	22,3	< 0,001
Vitalidad	58,5	23,8	66,8	21,8	53,8	23,6	< 0,001

Media: media de la suma de los valores de la totalidad de los ítems correspondientes a cada dimensión; DE: desviación estándar; Global: valores globales; Varones: valores en varones; Mujeres: valores en mujeres, y p: nivel de significación del valor de ji-cuadrado para cada dimensión y sexo.

**TABLA 2. Distribución de las puntuaciones halladas en las distintas dimensiones del cuestionario de salud SF-36 en relación con la edad (media ± DE)**

	Grupos de edad				
	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	> 84 años
Dolor corporal <sup>b</sup>	68,0 ± 27,5	68,8 ± 30,0*	57,9 ± 29,3	59,4 ± 28,9	50,9 ± 30,7
Función física <sup>b</sup>	79,6 ± 22,5*	73,8 ± 22,1*	66,9 ± 23,4*	56,1 ± 29,3**	39,3 ± 30,2
Función social <sup>b</sup>	87,5 ± 21,5	85,9 ± 24,9	78,6 ± 28,2	73,4 ± 27,0	64,6 ± 33,2
Rol emocional <sup>a</sup>	83,8 ± 34,5	84,8 ± 33,3	79,3 ± 28,7	70,2 ± 43,1	68,9 ± 45,7
Rol físico <sup>b</sup>	81,7 ± 35,9	79,4 ± 32,9*	68,0 ± 41,1	55,7 ± 43,8	44,4 ± 47,9
Salud general <sup>b</sup>	54,7 ± 18,3	55,8 ± 20,5	50,9 ± 20,1	44,1 ± 18,6	45,9 ± 17,9
Salud mental <sup>a</sup>	70,9 ± 22,1	72,5 ± 20,0	69,1 ± 22,7	64,9 ± 20,0	62,3 ± 23,3
Vitalidad <sup>b</sup>	64,9 ± 21,3	64,0 ± 23,3*	55,4 ± 24,4	50,7 ± 21,4*	41,8 ± 23,0

ANOVA de la dimensión correspondiente; <sup>a</sup>p < 0,05; <sup>b</sup>p < 0,001. Se marca con un asterisco la existencia de diferencias significativas entre las medias de cada grupo etario y el inmediatamente superior si p < 0,05, y con 2 asteriscos si p < 0,01.

**TABLA 3. Respuestas de los entrevistados sobre autopercepción del nivel de salud actual en relación con el de hace un año; global, según sexo y según grupos de edad (valores absolutos)**

	Global	Sexo		Grupos de edad				
		Varones	Mujeres	65-69	70-74	75-79	80-84	> 84
Peor	161	41 <sup>a</sup>	120	41	32	30	27 <sup>b</sup>	31
Igual	219	98 <sup>a</sup>	121	81	60	43	24	11
Mejor	45	15	30	16	11	9	6	3
Total	425	154	271	138	103	82	57	45

<sup>a</sup>Diferencias significativas entre los valores absolutos correspondientes a la variable sexo a p < 0,001. <sup>b</sup>Diferencias significativas entre los valores absolutos correspondientes al grupo etario marcado y al inmediatamente superior a p < 0,05.

Para cada dimensión se ha obtenido la evolución de su puntuación a medida que aumenta la edad (tabla 2), con un descenso entre el grupo más longevo y el

más joven de un 25,1% en dolor corporal, de un 50,6% en función física, de un 26,2% en función social, de un 17,8% en rol emocional, de un 45,7% en rol físico, de

un 16,1% en salud general, de un 12,1% en salud mental y de un 35,6% en vitalidad, existiendo diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05) en todas las dimensiones.

Respecto a la autopercepción actual de salud en relación con el año anterior (tabla 3), un 51,6% (219 personas) manifiesta encontrarse «igual», un 37,8% (161) están «peor» y un 10,6% (45) «mejor». En relación con el sexo, un 44,3% (120) de las mujeres se encuentra «peor» frente a un 26,6% (41) de los varones (p < 0,001). Un 44,6% (121) de las mujeres se encuentra «igual» frente a un 63,7% (98) de los varones (p < 0,001), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los que afirman encontrarse «mejor». En relación con la edad (ambos sexos), en < 70 años un 11,5% (16) se encuentra «mejor» y un 29,7% (41) «peor», mientras que en > 84 años un 6,7% (3) se encuentra «mejor» y un 68,9% (31) «peor». Considerando los mayores y menores de 75 años, se aprecian diferencias significativas entre los que se encuentran «peor» (30,2% frente a 47,8%; p < 0,001) y los que se encuentran «igual» (58,5% frente a 42,4%; p < 0,001), mientras que no se advierten entre los que se encuentran «mejor» (11,2% frente a 9,8%; p = 0,32).

En lo que se refiere a utilización de servicios sanitarios, en las dos últimas semanas, un 49,4% de los encuestados (210) ha acudido al médico y un 35,5% al enfermero (151); un 25,6% (109) había sido asistido en urgencias en el último año y un 14,6% (62) había estado ingresado en ese mismo período de tiempo, no encontrándose diferencias significativas entre el sexo y ninguna de estas variables.

Respecto a las variables socioeconómicas, un 65,9% (280) pertenecía a la clase social V, un 11,5% a la IV (49), un 14,6% a la III (62), un 5,6% (24) a la II y un 2,4% (10) a la I. No tenía estudios el 12% (51), un 19,4% (82) tenía el pri-

**TABLA 4. Valor medio de la puntuación alcanzada en cada dimensión del cuestionario respecto a una de las variables socioeconómicas: nivel de estudios**

	Estudios			
	Sin estudios	Primer grado	Segundo grado	Tercer grado
Dolor corporal <sup>c</sup>	60,7	57,7	63,1***	78,6
Función física <sup>c</sup>	62,6	60,4*	69,5**	82,3
Función social <sup>NS</sup>	80,9	77,3	81,3	87,9
Rol emocional <sup>a</sup>	75,2	71,9*	81,8	87,9
Rol físico <sup>b</sup>	58,8	62,8*	74,1	83,9
Salud general <sup>a</sup>	48,4	47,7*	53,1	57,1
Salud mental <sup>b</sup>	61,6	69,3	69,5*	76,5
Vitalidad <sup>c</sup>	48,4	57,3	59,3*	68,2

ANOVA de la dimensión correspondiente; <sup>a</sup>p < 0,05; <sup>b</sup>p < 0,01; <sup>c</sup>p < 0,001; NS: no existen diferencias significativas.

Se marca con un asterisco la existencia de diferencias significativas entre las medias de cada categoría y la inmediatamente superior si p < 0,05; con 2 asteriscos si p < 0,01, y con 3 asteriscos si p < 0,001.

Clasificación de estudios recomendada por la Sociedad Española de Epidemiología<sup>12</sup>.

**TABLA 5. Valor medio de la puntuación alcanzada en cada dimensión del cuestionario respecto a una de las variables socioeconómicas: ocupación**

	Ocupación				
	V	IV	III	II	I
Dolor corporal <sup>c</sup>	57,8*	68,0	76,2	79,0	76,5
Función física <sup>c</sup>	64,6	69,4	76,2	82,7	84,0
Función social <sup>a</sup>	78,4	80,0*	91,0	86,5	86,4
Rol emocional <sup>a</sup>	75,7	85,8	88,7	86,1	93,3
Rol físico <sup>a</sup>	65,3*	78,6	85,9	84,4	72,5
Salud general <sup>c</sup>	49,9	53,2	56,9	58,8	53,2
Salud mental <sup>c</sup>	65,9*	73,2	76,9	75,5	78,4
Vitalidad <sup>c</sup>	54,6*	62,6	67,2	68,3	69,0

ANOVA de la dimensión correspondiente; <sup>a</sup>p < 0,05; <sup>b</sup>p < 0,01; <sup>c</sup>p < 0,001.

Se marca con un asterisco la existencia de diferencias significativas entre las medias de cada categoría y la inmediatamente superior si p < 0,05; con 2 asteriscos si p < 0,01, y con 3 asteriscos si p < 0,001.

Clasificación de ocupación recomendada por la Sociedad Española de Epidemiología<sup>12</sup>. I-II-III-IV-V: grandes grupos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1984.

mer grado, el 58,0% (246) el segundo y un 10,6% (45) el tercero. No se encuentran diferencias significativas entre sexo y nivel de estudios (p = 0,32), pero sí entre sexo y clase social (muchas más mujeres en el grupo V; p < 0,001). Los valores correspondientes a la media de la puntuación alcanzada en cada dimensión del cuestionario respecto a las distintas categorías de cada variable socioeconómica y de utilización de

servicios sanitarios figuran en las tablas 4-6. Respecto a la USS, se advierten diferencias significativas (p < 0,001) en todos los cruces, a excepción del par salud mental-hospital (p = 0,21). Respecto a las variables socioeconómicas (ocupación y estudios), encontramos diferencias significativas en todas las dimensiones excepto en función social respecto a nivel de estudios (p = 0,21). Dentro de cada dimensión, si comparamos cada

grupo ocupacional con el inmediatamente superior no se advierten diferencias significativas en las dimensiones función física, rol emocional y salud general. De manera generalizada se observan menores puntuaciones entre los grupos que utilizan más los servicios sanitarios, los que tienen menor nivel de estudios y los que pertenecen a una clase social más baja.

## Discusión

El interés de la medida de la CVRS está fuera de discusión, estando probado que la salud percibida se asocia de manera independiente de los diagnósticos clínicos y otros factores de riesgo a la mortalidad a medio plazo, y que la CVRS predice de manera independiente la hospitalización y la utilización de servicios de atención primaria<sup>15</sup>.

Los factores determinantes para utilizar el SF-36 han sido su robustez psicométrica, su relativa simplicidad, su generalizada aplicabilidad, su alta consistencia interna y su aceptable reproductibilidad<sup>6,7</sup>, habiéndose obtenido para nuestro trabajo la licencia de los autores de la versión validada para España. Dado que el cuestionario no genera un índice global de salud percibida, hemos recurrido al indicador QWB, que si bien proporciona una menor información que el SF-36 en el perfil de salud, tiene la ventaja de poder ser utilizado en análisis de coste-utilidad y de coste-efectividad, así como en medición y comparación de cambios en el nivel de salud autopercebida en series temporales<sup>16,17</sup>. Hemos obtenido un QWB global de 0,67, mínimamente inferior al observado en Estados Unidos para población general > 65 años (0,70) y superior al de enfermos de ese grupo de edad con diabetes tipo 1 sin complicaciones (0,64)<sup>13</sup>. El valor de este indicador es mayor en varones que en mujeres y disminuye

**TABLA 6. Valor medio de la puntuación alcanzada en cada dimensión del cuestionario respecto a las variables de utilización de servicios sanitarios**

	Med	Enf	Urg	Hosp
Dolor corporal				
Sí	53,6	51,0	52,5	54,7
No	72,8	70,0	70,0	64,8
Función física				
Sí	59,6	55,8	55,9	51,2
No	76,7	75,2	72,6	71,2
Función social				
Sí	74,1	71,1	72,4	66,9
No	87,9	86,6	84,1	83,5
Rol emocional				
Sí	71,9	69,7	68,2	66,6 <sup>a</sup>
No	87,4	85,3	83,8	82,0
Rol físico				
Sí	55,8	50,8	54,8	45,6
No	85,9	82,2	76,7	75,4
Salud general				
Sí	44,4	42,8	43,3	40,6
No	59,2	56,9	54,8	53,8
Salud mental				
Sí	62,6	61,8	61,8	60,1 <sup>b</sup>
No	75,7	73,3	71,8	70,8
Vitalidad				
Sí	50,3	48,2	50,2	47,3
No	66,5	64,2	61,4	60,4

Med: visita al médico en los últimos 15 días; enf: visita a enfermería en los últimos 15 días; urg: atendido en urgencias en el último año; hosp: ingreso hospitalario en el último año; sí: ha utilizado los servicios, y no: no ha utilizado los servicios.

En todos los casos existen diferencias significativas a  $p < 0,001$  salvo en <sup>a</sup>( $p < 0,05$ ) y en <sup>b</sup>(no existen diferencias significativas).

progresivamente con la edad, lo que coincide con lo observado en trabajos realizados con otras metodologías<sup>18-22</sup>.

En el cuestionario SF-36 las puntuaciones más altas (tabla 1) se obtienen en las dimensiones función social y rol emocional, y los valores más bajos en salud general y vitalidad, encontrando diferencias significativas en cuanto al sexo en todas las dimensiones (excepto en función física y salud general) en el sentido de mostrar puntuaciones más altas en varones que en mujeres, del mismo modo que en otras publicaciones<sup>18,19</sup>. Los resultados globales son inferiores a los de referencia en España<sup>23</sup>, lo cual es lógico al corresponder éstos a poblaciones > 18 años y los nuestros a población anciana. En el grupo de edad de 65-74 años los valores encontrados por nosotros son superiores a los de referencia, excepto en

las dimensiones dolor corporal y salud general (en varones). En > 74 años son superiores a los nuestros, excepto en función física (mujeres) y en todas las dimensiones de los varones, excepto función física, salud mental y vitalidad.

Al relacionar las escalas con el factor edad (tabla 2) se comprueba una relación inversa (menor puntuación a mayor edad), existiendo significación estadística en todas las dimensiones. Las que porcentualmente disminuyen más entre los grupos de edad extremos son función física y rol físico, y las que menos salud mental, salud general y la mencionada rol emocional, lo que indica que las valencias físicas son las que más se afectan con la edad, mientras que las intelectuales son las que lo hacen menos.

La simple pregunta sobre comparación del nivel actual de salud

respecto al del año anterior (tabla 3) indica que, globalmente, los varones creen que su salud se mantiene estable más que las mujeres (63,7% frente a 44,6%), y que además menos de ellos se encuentran «peor» (26,6% frente a 44,3%). Respecto a la edad, globalmente, los < 70 años que empeoran son el doble de los que mejoran (29,7% frente al 11,5%), mientras que los > 84 años que empeoran son diez veces más que los que mejoran (68,9% frente a 6,7%). Ambos hechos ratifican la peor AS en las mujeres y el progresivo deterioro de la AS con la edad. La relación inversa entre AS y sexo y edad es una constante en la bibliografía<sup>20-22</sup>, aunque algún estudio muestre resultados contradictorios<sup>24</sup>. Se ha apuntado que la ganancia de vida de las mujeres (mayor esperanza de vida) se realiza a expensas de años vividos en incapacidad<sup>25</sup>, es decir, con procesos que restringen la actividad habitual o suponen discapacidad, deficiencias o minusvalía, lo cual se traduce en una menor calidad de vida.

En cuanto al análisis de la relación de las distintas dimensiones con las variables socioeconómicas y de utilización de servicios sanitarios (tablas 4-6), se concluye que cuanto más alto es el nivel socioeconómico (medido a través de una mejor clase social y un mayor nivel de estudios), mejor es la AS, y que ésta es peor cuanto más bajo es aquél, hecho citado reiteradamente en la bibliografía<sup>21,22,26</sup>. Del mismo modo, cuanto menor es la utilización de servicios sanitarios mayor es la puntuación alcanzada, reflejando que cuanto menos se precisa del recurso a la atención sanitaria mejor es la AS, hecho igualmente citado<sup>26,27</sup>, aunque exista algún resultado contradictorio<sup>22</sup>.

Si bien no hemos valorado a ancianos institucionalizados (que como es conocido tienen una mayor probabilidad de presentar peor salud o limitación más severa de su capacidad funcional<sup>23,28</sup>), creemos

que los valores encontrados en este trabajo son aplicables a la población general anciana de Ávila, y que podemos aproximarnos al nivel de salud percibido por nuestros mayores habiendo establecido una relación con variables como edad, sexo, nivel socioeconómico y utilización de servicios sanitarios. Aunque estas estimaciones son complejas de aplicar en la planificación de servicios específicos, podrían resultar de interés tanto para conocimiento de los gestores como para la evaluación de programas que tengan este grupo de edad como población diana.

### Agradecimientos

Este estudio se enmarca en el I Curso de Investigación en Enfermería organizado por el Colegio de Enfermería de Ávila entre mayo de 1998 y julio de 1999. Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Junta Directiva del Colegio y especialmente a su presidente, D. Fidel S. Rodríguez Rodríguez, que creyó en las posibilidades de nuestro trabajo y que nos apoyó más que moralmente mucho más allá de lo que hubiéramos podido imaginar.

### Bibliografía

1. García Hernández M, Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E. Enfermería Geriátrica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas-Masson-Salvat, 1993.
2. Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de población de 1991. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1995.
3. Fernández López JA, Hernández Mejía R, Cueto Espinar A. La calidad de vida: un tema de investigación necesario. Concepto y método (I). Med Integral 1996; 27: 75-78.
4. Fernández López JA, Hernández Mejía R, Cueto Espinar A. Calidad de vida. Algunas consideraciones metodológicas. Med Integral 1993; 22: 422-426.
5. Fernández López JA, Hernández Mejía R, Cueto Espinar A. La calidad de vida: un tema de investigación necesario. Validez y beneficios. Med Integral 1996; 27: 116-121.
6. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La verificación española del SF-36 Health Survey (cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104: 771-776.
7. Badia X. Sobre la adaptación transcultural de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud para su uso en España. Med Clin (Barc) 1995; 105: 56-58.
8. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Med Clin (Barc) 1998; 110: 550-556.
9. Ferrando J, Nebot M, Borrell C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. Gac Sanit 1996; 10: 174-182.
10. 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: 233-238.
11. Encuesta Nacional de Salud 1993. Rev San Hig Pub 1994; 68: 121-178.
12. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores, 1995.
13. Fryback DG, Klein R, Klein BEK, Wu S, Saintfort F, Tomar RH et al. Development and application of a model to estimate the impact of type 1 diabetes on health-related quality of life. Diabetes Care 1998; 21: 725-731.
14. Fryback DG, Lawrence WF, Martin PA, Klein R, Klein BE. Predicting quality of well-being scores from the SF-36: results from the Beaver Dam Health Outcomes Study. Med Decis Making 1997; 17: 1-9.
15. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y en la práctica clínica. Gac Sanit 2000; 14: 163-167.
16. Kaplan RM, Ganiats TG, Sieber WJ, Anderson JP. The Quality of Well-being Scale: critical similarities and differences with SF-36. Int J Qual Health Care 1998; 10: 509-520.
17. Anderson JP, Kaplan RM, Coons SJ, Schneiderman LJ. Comparison of the Quality of Well-being Scale and the SF-36 results among two samples of ill adults: AIDS and other illnesses. J Clin Epidemiol 1998; 51: 755-762.
18. Martín L, Martínez R, Bolea A. Medición de la prevalencia de incapacidad funcional de los ancianos de la Comunidad de Madrid a través de las actividades de la vida diaria. En: Libro de abstracts de la VII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. San Sebastián: SEE, 1988; 57.
19. Office of Population Censuses and Surveys. Social Survey Division. General Household Survey. Londres: HMSO, 1982.
20. Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. Gac Sanit 1991; 24: 117-124.
21. Pérula de Torres LA, Martínez de la Iglesia J, Espejo 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: 425-434.
22. Fernández Merino MC, Vérez Vivero L, Gude Sampedro F. Morbilidad crónica y autopercepción de salud en los ancianos de una comunidad rural. Aten Primaria 1996; 17: 108-112.
23. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia del Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin (Barc) 1998; 111: 410-416.
24. Gorroñogoitia 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: 771-776.
25. Gutiérrez Fisac JL, Regidor Poyatos E. Esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador global del estado de salud. Med Clin (Barc) 1991; 96: 453-455.
26. Bello Luján LM, Suárez Rivero JB, Prieto Ramos F, Serra Majem L. Variables sociosanitarias asociadas a la autopercepción de salud en la población adulta de Gran Canaria (Islas Canarias). Aten Primaria 1999; 24: 533-536.
27. 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: 233-237.
28. Adams PF, Collins JF. Measures of health among older persons living in the community. En: Health Statistics on Older Persons United States, 1986. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1987; 19-24. Vital and Health Statistics Analytical and Epidemiologic Studies; series 3; n.º 25.