

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 74

El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores

Autor: Fernández-Mayoralas Fernández, Gloria (Dir.) et al.

Filiación: CSIC, Instituto de Economía y Geografía

Contacto: g.fmayoralas@ieg.csic.es

Fecha de creación: 2006

Para citar este documento:

FERNÁNDEZ-MAYORALAS FERNÁNDEZ, Gloria, et al. (2007). "El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 74.

[Fecha de publicación: 08/08/2007].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

Portal Mayores | <http://www.imsersomayores.csic.es>



**EL SIGNIFICADO DE LA SALUD
EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS MAYORES**

Accésit en el II Premio Ciencias de la Salud

Envejecimiento y Calidad de Vida

Convocado por:

Fundación Campus de Ciencias de la Salud de Granada
y Fundación Caja Rural de Granada

Edición del año 2006

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Gloria Fernández-Mayoralas Fernández (Dir.)

Gloria Fernández-Mayoralas

Fermina Rojo Pérez

M^a Eugenia Prieto Flores

Beatriz León Salas

*Instituto de Economía y Geografía
Consejo Superior de Investigaciones
Científicas*

Pablo Martínez Martín

Joao Forjaz

Belén Frades Payo

Clara García Izaguirre

*Centro Nacional de Epidemiología
Instituto de Salud Carlos III*

Asesor estadístico:

José Manuel Rojo Abuín

Laboratorio de Estadística, IEG-CSIC

CONTENIDO

Capítulo 1. Introducción	1
1.1. Marco conceptual para el estudio de la Calidad de Vida en la vejez	2
1.2. La medida de la Calidad de Vida	5
1.3. Consideraciones para la investigación sobre Calidad de Vida en población mayor	7
1.4. Objetivos prioritarios del estudio	9
Capítulo 2. Material y métodos	10
2.1. Fuente de datos	10
2.2. Metodología	11
2.2.1. Generación de la variable clase social	12
2.2.2. Medidas de evaluación de salud y Calidad de Vida Relacionada con la Salud utilizadas en el estudio	13
2.2.3. Otras variables de la dimensión salud en la Calidad de Vida	17
Capítulo 3. Cómo son y cómo viven los mayores: la feminización del envejecimiento	18
Capítulo 4. La Calidad de Vida individual de los mayores: dimensiones principales y su importancia, diferencias sociodemográficas y factores explicativos	22
Capítulo 5. Calidad de Vida Relacionada con la Salud	28
5.1. Diagnóstico de salud	28
5.2. Índice de comorbilidad (ICM)	28
5.3. Medidas de discapacidad: Índice de Barthel (IB) y Escala de Independencia Funcional (EIF)	29
5.4. Depresión: Hospital Anxiety and Depression Scale, subescala de depresión (HADS- depresión)	31
5.5. Calidad de Vida Relacionada con la Salud	32
5.6. Variables de salud subjetiva	34
5.7. Factores determinantes de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud	35
Capítulo 6. El componente sociosanitario de la salud como dimensión de la Calidad de Vida en la vejez	37
6.1. Salud percibida y satisfacción con la salud	37
6.2. Utilización de servicios sanitarios	38
6.3. El apoyo social: recepción de ayuda según nivel de competencia	41
6.4. El papel de la familia en la provisión de cuidados a los mayores	45
Capítulo 7. Conclusiones. Aplicabilidad de la experiencia	49
Referencias bibliográficas	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Centros de los conglomerados finales	13
Tabla 2.2. Validez convergente de la Escala de Independencia Funcional	15
Tabla 2.3. Niveles de Independencia según la Escala de Independencia Funcional	16
Tabla 3.1. La población en cifras	18
Tabla 3.2. Características sociodemográficas de los mayores.....	19
Tabla 3.3. Forma de convivencia	20
Tabla 4.1. Determinación de la Calidad de Vida individual a partir del SEIQoL.....	22
Tabla 4.2. Las cinco dimensiones más nominadas según la caracterización sociodemográfica	25
Tabla 4.3. Análisis Factorial de las variables explicativas	26
Tabla 4.4. Regresión. Predictores de la Calidad de Vida global	27
Tabla 5.1. Medidas de salud por sexo y grupos de edad	28
Tabla 5.2. Frecuencias de los ítems que componen el Índice de Barthel (IB)	30
Tabla 5.3. Correlaciones entre las medidas de discapacidad y otras variables de salud	31
Tabla 5.4. Diferencias en variables de salud entre el grupo de personas deprimidas y no deprimidas, según el HADS-Depresión	32
Tabla 5.5. Distribución de los ítems del EQ-5D	32
Tabla 5.6. Correlaciones (Spearman) entre las variables subjetivas y objetivas de salud y CVRS	35
Tabla 5.7. Correlaciones entre las medidas del EQ-5D y las demás variables de salud objetiva.....	35
Tabla 5.8. Factores asociados a la CVRS, medida a través del EQ-5D-TT (modelo de regresión lineal múltiple en pasos sucesivos).....	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Distribución de la muestra en la Comunidad de Madrid.....	10
Figura 2.2. Diagrama conjunto de puntos de categorías del nivel de instrucción y de la condición socioeconómica.....	12
Figura 3.1. Envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Madrid.....	18
Figura 5.1. Enfermedades que declara padecer en la actualidad, por género.....	29
Figura 5.2. ICM por edad y género.....	29
Figura 5.3. IB por edad y género y EIF por edad y género.....	31
Figura 5.4. HADS-Depresión por edad y género.....	31
Figura 5.5. Distribución del EQ-5D-EVA.....	33
Figura 5.6. EQ-5D-TT por edad y género.....	34
Figura 5.7. Valoración del estado de salud por edad y género.....	34
Figura 5.8. EQ-5D-TT por nivel de valoración del estado de salud.....	35
Figura 6.1. Salud subjetiva por edad y sexo.....	37
Figura 6.2. Utilización de servicios sanitarios: frecuencia de uso y satisfacción.....	39
Figura 6.3. Frecuencia de utilización de servicios sanitarios por zona de residencia (municipio de Madrid, área metropolitana y resto de municipios).....	40
Figura 6.4. Recepción de ayuda de familiares, amigos y otros, según características sociodemográficas y de nivel de competencia del receptor.....	43
Figura 6.5. Grado de realización de actividades de la vida diaria (escala logarítmica).....	44
Figura 6.6. Recepción de ayuda de familiares, amigos y otros, según la persona que ayuda; y utilización de servicios sociosanitarios.....	46

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento es consustancial a la vida, y su devenir inevitable hasta el momento de la muerte. Desde el punto de vista científico, este proceso ha sido abordado desde diferentes perspectivas teóricas y disciplinares que lo estudian en profundidad, en sus causas y consecuencias, tanto sobre los individuos como sobre la sociedad en su conjunto.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más representativos de las sociedades avanzadas, cuya irreversibilidad ya nadie pone en duda (Abellán *et al.*, 1990). Resultado directo de la acelerada caída de la fecundidad y de la reducción de la mortalidad, el proceso ha sido definido como el incremento en la representación de personas de 65 y más años sobre el conjunto de la población (Abellán *et al.*, 1996). Otros fenómenos demográficos como las migraciones contribuyen también al envejecimiento local de áreas rurales o zonas de amenidad como las costas (Rodríguez *et al.*, 1998; Guillén Llera y García García, 2001).

Como medida acompañante del V Programa Marco, la Comisión Europea puso en marcha un Forum sobre envejecimiento (European FORUM on Population Ageing Research) cuyos trabajos se han llevado a cabo de 2002 a 2004 y las conclusiones han sido elevadas a la Comisión y al dominio público en 2005. El proceso incluyó la revisión de áreas clave y recomendaciones sobre la investigación en envejecimiento, y centradas en Genética, Calidad de Vida, Longevidad y Demografía, y Salud y Cuidado Social. En la actualidad, se desarrolla una segunda fase sobre estas premisas (ERA-AGE, VI Programa Marco), cuyas conclusiones serán introducidas en las guías de desarrollo del futuro VII Programa Marco de la Unión Europea (<http://www.shef.ac.uk/ageingresearch>).

El equipo de trabajo, del que varios componentes son integrantes del panel sobre “Calidad de Vida” tanto en el FORUM Ageing como en ERA-AGE, desarrolló la idea de llevar a cabo una amplia investigación que partiera de las recomendaciones del FORUM Ageing, tras identificar la escasez de información combinada en algunos aspectos de enorme interés para la Calidad de Vida de los mayores en España. Las distintas disciplinas de las que proceden los miembros del equipo han favorecido una aproximación más integral al problema.

Una parte de los resultados de esa investigación más amplia, concretamente la Dimensión Salud y el Componente Sociosanitario de la Calidad de Vida, se presenta y sintetiza en las páginas siguientes.

1.1. MARCO CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

El término Calidad de Vida (en adelante, CdV) se remonta a las décadas de los años 50 y 60 del siglo XX, ceñido en un principio a un contexto popular y referido a problemas de polución medioambiental (Katz y Gurland, 1991). Pero su origen académico hay que buscarlo a mediados de esos años 60, alrededor del movimiento de Indicadores Sociales desarrollado a partir de las actividades de la Escuela de Chicago (Veenhoven, 1996; Sirgy, 2001; Noll, 2002). En el ámbito de la vejez, la expresión CdV tiene un origen relativamente más reciente para describir las circunstancias de la población mayor, de forma que Lassey y Lassey lo sitúan alrededor de 1975 (Lassey y Lassey, 2001).

Durante las décadas de los 70 y 80 del pasado siglo, la CdV fue conceptualizada principalmente como bienestar objetivo o social. Las condiciones objetivas de vida son prominentes en la denominada *aproximación escandinava* al bienestar. La asunción teórica de esta aproximación objetiva se sustenta en la existencia de las llamadas necesidades básicas y cuya satisfacción determinará el bienestar de la población (Delhey *et al.*, 2002). Una segunda aproximación, en la *tradición anglosajona* de bienestar como CdV, se apoya en la investigación americana sobre salud mental. Aunque también utiliza indicadores objetivos, esta perspectiva enfatiza el bienestar subjetivo, y tiene que ver con la experiencia de los individuos sobre sus vidas, siendo el resultado final de condiciones de vida y procesos de evaluación (Noll, 2002).

Una definición influyente, por provenir de un organismo internacional, es la elaborada por el Grupo de CdV de la Organización Mundial de la Salud, que destaca el carácter subjetivo de la valoración al referir la CdV a “las percepciones de los individuos sobre su posición en la vida en su contexto cultural y de valores, y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (WHOQOL Group, 1995).

En una aproximación de complementariedad de perspectivas, Cummins ofrece una definición según la cual CdV es un “constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo, y los dominios subjetivos comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo” (Cummins, 1997).

Así, la investigación en CdV requiere considerar tanto las condiciones objetivas de la vida de las personas como las evaluaciones subjetivas que éstas realizan, siendo la estrategia de investigación imperante en la actualidad (Noll, 2002). Obviar la evaluación subjetiva de los propios ciudadanos ofrece una imagen incompleta de la realidad, y la medida de la satisfacción global con la vida es particularmente necesaria para valorar el éxito de las políticas sociales (Veenhoven, 2002).

Existe un acuerdo generalizado en lo concerniente a que el concepto CdV es un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componentes diversos, que no se explica por un solo elemento sino por la combinación o interrelación de todos ellos (Lawton, 1991; Garland, 1993; Sétien, 1993; Fernández-Ballesteros *et al.*, 1997; Seed y Lloyd, 1997; Rojo *et al.*, 2002). De manera que las diversas definiciones coinciden en reconocer la multidimensionalidad del concepto y, en menor medida, que se trata de una valoración subjetiva de la realidad material, sin existir conformidad respecto al número o la naturaleza de las dimensiones o dominios a tratar (Rapley, 2003) y circunscribiéndose a aquellos aspectos que los investigadores consideran relevantes para los objetivos concretos de sus investigaciones (Birren y Dieckmann, 1991). El examen de la bibliografía científica más reciente revela un amplio listado de componentes de la CdV, y confirma la complejidad del término, las múltiples aproximaciones a su estudio, definiciones y métodos de medida (Gilhooly *et al.*, 2005).

En el contexto de los dominios de la CdV, Lassey y Lassey establecen una síntesis de factores influyentes en la CdV en dos conjuntos: micro nivel o individual, familiar y entorno residencial (que incluye factores biológicos, genéticos, estado de salud, personalidad, integración social y satisfacción con la familia y el entorno residencial, clase social y estilo de vida) y macro nivel o comunitario (que incluye factores como el sistema de apoyo social, el sistema sanitario, el entorno residencial físico, la seguridad financiera y las oportunidades para la elección de estilo de vida) (Lassey y Lassey, 2001).

La falta de acuerdo sobre los componentes de la CdV a incluir en estudios globales, refuerza la perspectiva individual y la atención sobre aproximaciones hermenéuticas que tengan en cuenta la opinión de los individuos sobre cuáles son los aspectos que ellos consideran más importantes en sus vidas, tanto positivos como negativos (Bowling, 1999). En el mismo sentido, se enfatiza la necesidad de que sean los propios individuos quienes ponderen su satisfacción según la importancia que otorguen a cada dominio (Cummins, 1998), con anterioridad a la valoración de la CdV global, pues la satisfacción con áreas

altamente valoradas tendrá una influencia mayor que la de aquéllas con igual satisfacción pero menor importancia (Frisch, 2000).

Una de las aproximaciones a la CdV con mayor desarrollo ha sido desde la investigación en salud, pues tradicionalmente se ha considerado que este atributo era el principal responsable de la CdV. Sirgy describe esta perspectiva como “centrada en el paciente y el bienestar individual, que identifica la definición de salud de la OMS como definición de CdV” (Sirgy, 2001). Efectivamente, la salud es uno de los pocos dominios o dimensiones sobre el que parece existir acuerdo en cuanto a su participación en la CdV (Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005), y diversos estudios demuestran la asociación entre salud (medida objetiva y subjetivamente) y bienestar subjetivo y satisfacción con la propia salud (Michalos *et al.*, 2000). No obstante, en la extensa revisión bibliográfica realizada por Michalos *et al.*, se subraya la modesta contribución de determinadas condiciones objetivas y severas de salud sobre el bienestar, la CdV, la satisfacción o la felicidad (Michalos *et al.*, 2000), evidenciando escasas diferencias en relación con la población general ‘sana’, y resultados aún no concluyentes al respecto.

El concepto CdV, que inicialmente fue monopolizado por economistas y políticos para referirse al bienestar material, ha sido utilizado también como medida de resultados en salud, enfermedad y tratamientos, perspectiva que ha llegado a dominar la bibliografía sobre CdV (Bowling y Brazier, 1995; Farquhar, 1995) y que ha derivado en la acuñación del término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (en adelante, CVRS) (Fayers y Machin, 2000).

El interés en la CVRS, aspecto introducido en el ámbito sanitario hace cuatro décadas, es creciente. Por ejemplo, el número de artículos referidos en Medline bajo el epígrafe “calidad de vida” en el quinquenio 1998-2003 supuso un número similar al de todos los artículos indexados bajo dicho título en los cinco lustros anteriores (Martínez Martín y Frades Payo, 2006). Sin embargo, no tiene una aceptación uniforme y aún existe cierto escepticismo sobre sus resultados y utilidad.

CVRS es un término más específico que el de CdV global, y se restringe a experiencias y expectativas asociadas con el estado de salud y la asistencia sociosanitaria. Es un concepto individual, subjetivo, autoevaluado y cambiante en el tiempo (Martínez Martín y Frades Payo, 2006). Además, como la CdV, la CVRS es multidimensional, es decir, está constituida por una diversidad de componentes que pueden variar de unas personas a otras y ser agrupados también de forma variable (Ware, 1987; Schipper

et al.; Testa, 1996). Como componentes de la CVRS, existe la tendencia a incluir sólo aquellos dominios relacionados con los contenidos en la definición de salud de la OMS (World Health Organisation, 1947), y que sean susceptibles de modificación por intervenciones terapéuticas o sanitarias (Guyatt *et al.*, 1993; Badía Llach y Martínez Martín, 1999; Alonso y Ferrer, 2001). De manera que la CVRS se preocuparía por aquellos aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud (Badía y García, 2000). Sin olvidar tampoco las “percepciones de”, y la “satisfacción con”, los niveles que se hayan alcanzado en esos aspectos (Bowling y Brazier, 1995).

Entre las dimensiones o subdominios de la CVRS se incluyen: capacidad funcional, estado físico, funcionamiento social, vida familiar, funcionamiento ocupacional, control sobre la propia salud, satisfacción con el tratamiento, bienestar emocional, comunicación, espiritualidad, sexualidad, estigmas, autoestima, o imagen corporal (Sirgy, 2001). A escala comunitaria o social, la CVRS también comprendería los recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene sobre su salud y estado funcional (Centers for Disease, Control and Prevention, 2000). Para Michalos, CVRS es un dominio de la CdV global, como lo son la vida familiar, el trabajo o las actividades de ocio, y significa la naturaleza y valor de la vida en relación con la salud (Michalos, 2004).

1.2. LA MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA

Sirgy realiza una clasificación de las medidas de CdV basada en el nivel de análisis (individual, familiar, regional, nacional), en los indicadores utilizados (subjetivos, objetivos o ambos), en la consideración de factores unitarios o compuestos, y en el carácter global o dominio-específico de las medidas (Sirgy, 2001). Entre éstas últimas destacan las generadas desde la investigación en el dominio de la CVRS (Michalos, 2004), con una gran variedad de escalas en relación con enfermedades y tratamientos. En contraposición, la investigación en Ciencias Sociales suele adoptar medidas multidimensionales, incluyendo junto a la salud otros aspectos como satisfacción con la vida, entorno residencial, redes sociales, recursos económicos, etc. (Smith, 2000).

Badía *et al.* han elaborado una exhaustiva guía de referencia de instrumentos de medición de salud y CVRS, desarrollados o adaptados para el contexto cultural español, con un análisis minucioso de los propósitos perseguidos, su base conceptual y sus propiedades psicométricas (Badía *et al.*, 2002).

La medición de la CVRS proviene de tres tradiciones diferentes: 1) indicadores de salud, 2) indicadores sociales y 3) pensamiento ético (Badía Llach y Martínez-Martín, 1999).

Las medidas de CVRS pueden clasificarse de acuerdo a su dimensionalidad y tipo de puntuación que generan como: 1) indicadores (evalúan un dominio o aspecto de la salud y producen un único número); 2) índices (evalúan varios conceptos de CVRS y los resumen en una puntuación única); 3) perfiles (evalúan varios dominios, cada uno de los cuales produce una puntuación con idéntica métrica y pueden, además, ofrecer una puntuación global); y 4) baterías (incluyen medidas con métrica diferente que aportan puntuaciones independientes sobre diversos aspectos de un mismo concepto central) (Patrick y Erickson, 1993).

Por su aplicabilidad o especificidad, las medidas de CVRS han sido clasificadas como genéricas o específicas. Los instrumentos genéricos se consideran más apropiados para programas sanitarios, encuestas de salud en población general y comparación entre grupos o enfermedades diferentes. Por su lado, los instrumentos específicos se diseñan para evaluar problemas concretos y son más sensibles a los cambios clínicamente significativos; sin embargo, sólo son utilizables en las enfermedades o poblaciones concretas para los que fueron diseñados, pero difícilmente pueden aplicarse a población general, por lo que no pueden obtenerse valores de referencia (Badía y García, 2000).

Las medidas genéricas se diferencian en “perfiles de salud” y “medidas de utilidad” (Guyatt, Feeny y Patrick, 1993; Patrick y Erickson, 1993; Valderas y Alonso, 2006). Los perfiles de salud adoptan el formato de cuestionarios y pretenden cubrir los dominios de salud más importantes. Éste es el caso del *Sickness Impact Profile* (Bergner *et al.*, 1976), del *Nottingham Health Profile* (Hunt *et al.*, 1981) o del *EuroQoL-5D* (Euroqol Group, 1990). Por su parte, las medidas de utilidad se emplean para análisis econométrico y aportan un número único (“utilidad”) que representa el impacto neto sobre la CdV; como ejemplos, la *Quality of Well-Being Scale* (Kaplan, Bush y Berry, 1976) y, de nuevo, el *EuroQoL-5D*.

La información aportada por la medición de la CVRS tiene aplicaciones diversas y de gran interés, como en investigación sobre salud comunitaria e identificación de problemas de salud en individuos, la

evaluación de intervenciones en salud pública y de políticas de salud, la evaluación de resultados, intervenciones y práctica clínica, la asignación de recursos y toma de decisiones, el análisis coste-utilidad en farmacoeconomía, etc. (Hays *et al.*, 1996; Rubenstein, 1996; Alonso y Ferrer, 2001).

Desde aproximaciones fenomenológicas, por su parte, se ha argumentado que la Calidad de Vida depende de la interpretación y percepciones del individuo, y que el método de citar aspectos en escalas de medida es insatisfactorio, porque se desconoce si todos los dominios pertinentes están incluidos, no conteniendo realmente la subjetividad humana. De acuerdo a este espíritu, se han desarrollado algunas medidas, como el SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), que, aunque altamente cuantificadas en la tradición positivista, son intentos de adoptar una aproximación hermenéutica (Bowling, 1999).

Tanto el SEIQoL en su versión de ponderación directa, SEIQoL-DW, como el EuroQoL-5D han sido aplicados en este estudio para definir los dominios de la CdV global y para evaluar de forma específica la CVRS, respectivamente.

El **SEIQoL** es uno de los diez métodos listados por la Organización Mundial de la Salud para evaluación de la Calidad de Vida y el único que la evalúa desde la perspectiva individual (O'Boyle *et al.*, 1993).

Se administra en forma de entrevista estándar semiestructurada y, mediante tres pasos, permite obtener respuestas espontáneas de los individuos sobre su propia selección o nominación de aquellos aspectos más importantes en su vida, sobre su nivel de satisfacción o funcionamiento en cada una de esas cinco áreas, y sobre la ponderación o importancia relativa que adjudican a cada uno de ellos para definir su Calidad de Vida Global (Joyce *et al.*, 2003).

El **EuroQoL-5D**, o EQ-5D, es una medida de carácter econométrico (*preference-based*). Incluye tres medidas de CVRS: una parte descriptiva de cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor / malestar, ansiedad / depresión) para calcular perfiles de salud y una tarifa temporal; una escala visual analógica, sobre la cual los sujetos estiman su estado de salud actual; y una pregunta acerca de la evolución del estado de salud en los 12 meses anteriores.

1.3. CONSIDERACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN MAYOR

La salud parece ser una dimensión destacada de la CdV de la población mayor, considerada tanto desde una perspectiva positiva (la buena salud añade calidad a la vida) como negativa (la mala salud deteriora la calidad de la vida). El envejecimiento de la población en los países desarrollados, y el

subsiguiente cambio de orientación en la asignación de recursos, ha conllevado la necesidad de evaluar esta dimensión y sus componentes asociados en el contexto general de CdV global.

Cuando se analiza la CdV y la CVRS en población mayor, varios autores sugieren la presencia de particularidades a considerar (Stewart y Sherbourne, 1996; Williams, 1996):

1. Entre los mayores existen grandes diferencias individuales que abarcan todas las dimensiones (física, mental, psicológica, socioeconómica), lo que obliga a individualizar las conclusiones.
2. La definición de los dominios puede diferir de la utilizada para adultos jóvenes, como consecuencia de cambios en el rol y en otras situaciones vitales.
3. Muchas personas mayores continúan sanas y con buen rendimiento funcional. Esto obliga a definir los retos para mantener una CdV satisfactoria.
4. Es característica una mayor complejidad de los problemas de salud (comorbilidad).
5. La discapacidad funcional tiene que redefinirse, sustituyendo el rol funcional ligado a la actividad laboral por otros aspectos (p. ej., actividades recreativas, voluntariado, ...).
6. Es necesario distinguir entre función física y capacidad de autocuidado y automantenimiento, ya que ésta requiere –además– capacidad mental para realizar tareas complejas (por ejemplo, ir de compras, manejar electrodomésticos, etc.).
7. Muchas personas mayores siguen contribuyendo al bienestar familiar y social (por ejemplo, cuidando de nietos y enfermos, manteniendo su entorno, etc.).
8. La ausencia más frecuente de pareja debe ser tomada en cuenta al plantear la evaluación de áreas como la actividad sexual o la relación familiar.
9. Muchos mayores necesitan de forma continua o fluctuante ayuda de otros. Es necesario proporcionarla respetando su individualidad y autonomía.
10. Los acontecimientos que amenazan la CdV de los mayores suelen sobrevenir en acúmulos y sobre un fondo de reservas limitadas. Pequeños problemas en edades más tempranas pueden suponer graves trastornos en ésta.
11. La institucionalización modifica el marco conceptual para valorar la CdV global y la CVRS, incrementando la importancia de factores como autonomía, control, seguridad, etc., y anulando otros (tareas domésticas, compras, desplazamientos).

La valoración de la CVRS en los ancianos complementa el método geriátrico de evaluación de los pacientes y promoción de la salud. No equivale ni sustituye a las medidas clínicas, pero ayuda a identificar los aspectos donde las intervenciones son más necesarias y a establecer una jerarquización de las prioridades.

1.4. OBJETIVOS PRIORITARIOS DEL ESTUDIO

El punto de partida de esta investigación es considerar la importancia de la salud en la CdV, especialmente entre los mayores, así como de la relación entre salud y necesidad de ayuda por parte de personas en situación de vulnerabilidad. Así, el objetivo general es analizar la CdV definida y evaluada por la población mayor, profundizando en la dimensión salud y su componente sociosanitario, representado por la utilización de servicios de salud y la demanda de atención familiar y de apoyo social.

Los objetivos concretos se sintetizan en los siguientes:

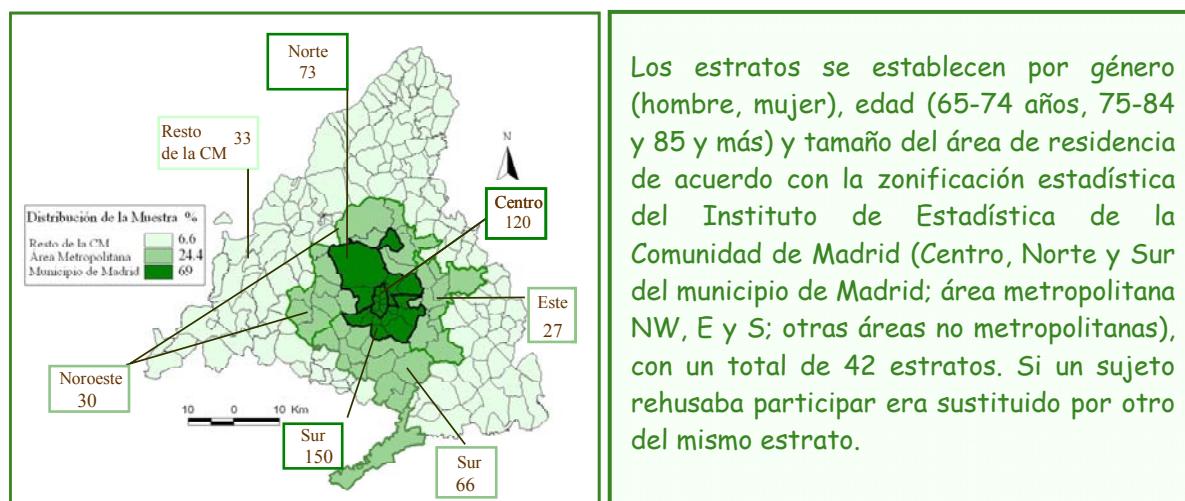
- Avanzar en la definición de la CdV global y sus componentes, desde una perspectiva individual mediante el instrumento SEIQoL, complementado con una encuesta semiestructurada que profundiza en los distintos componentes de la CdV, con especial interés en la dimensión salud.
- Describir el estado de salud mediante escalas de salud y de CVRS.
- Analizar la influencia de variables socio-demográficas en la CdV global y en la CVRS.
- Estudiar los determinantes de la CVRS (incluyendo medidas de discapacidad, independencia, depresión y comorbilidad) y su relación con el estado de salud.
- Detectar necesidades sociosanitarias y de apoyo formal e informal en la vejez.

CAPÍTULO 2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. FUENTE DE DATOS

Para responder a los objetivos planteados se realiza una encuesta presencial sobre Calidad de Vida de la población mayor residente en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid (CadeViMa), en el año 2005¹. Sobre un universo de 959,993 personas (Instituto de Estadística, Comunidad de Madrid. Padrón Continuo de Habitantes, 2004) se llevó a cabo un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional al tamaño de cada estrato. El error permitido es de 4.4%, para una $p \leq 0.05$ con un nivel de confianza del 95%.

Figura 2.1. Distribución de la muestra en la Comunidad de Madrid



La encuesta se diseñó como un cuestionario semi-estructurado con preguntas de carácter objetivo y subjetivo de varias dimensiones de la CdV: salud, hogar y forma de vida, red familiar, red social, redes de apoyo, actividades de ocio, entorno residencial, bienestar emocional, creencias y valores, recursos económicos y características sociodemográficas. Además, se incluye el instrumento de medida de la CdV individual, SEIQoL-DW, para explorar las dimensiones de la CdV y su importancia, así como diversos instrumentos relativos a evaluación de salud y CVRS (enfermedades diagnosticadas e índice de

¹. La encuesta ha sido realizada en el marco de dos proyectos de investigación:

- *Evaluación de la Calidad de Vida de la población mayor en la Comunidad de Madrid*. Financiado por la Dirección General de Investigación, Consejería de Educación, Comunidad de Madrid. Investigador Principal: Dra. Gloria Fernández-Mayoralas. (Ref. 06/HSE/0417/2004, año 2005). Investigadores participantes: Dra. F. Rojo, Dr. V. Rodríguez, Dr. P. Martínez, Dra. J. Forjaz, Lda. B. Frades, Lda. M. E. Prieto.

- *Calidad de Vida de los mayores no institucionalizados en España. Una contribución al estudio de la Calidad de Vida desde una aproximación holística*. Financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia (Plan Nacional I+D+I). Investigador Principal: Dra. Fermina Rojo. (Ref. BSO2003-00401, años 2004 a 2006). Investigadores participantes: Dra. G. Fernández-Mayoralas, Dr. V. Rodríguez, Dr. R. Lardiés; Lda. M. E. Prieto, Lda. B. León.

- Esta línea de investigación tendrá su continuidad en el estudio de la CdV de los mayores en el ámbito nacional, por el equipo de investigación en CdV del CSIC y del ISCIII.

comorbilidad adaptado a partir de la escala CIRS-G, el índice de discapacidad de Barthel, escala de independencia funcional, subescala de depresión de la escala HAD y estado de salud EuroQoL-5D).

De todo el conjunto temático de la encuesta, y para los objetivos del presente trabajo, se ha hecho uso de la información resultante del instrumento SEIQoL-DW, las características sociodemográficas y forma de vida, la CVRS, la salud como dimensión de la CdV y el apoyo formal e informal recibido por los mayores.

El SEIQoL, que parte de posiciones no predeterminadas por el investigador, se administra en tres fases sucesivas:

1ª. Selección de áreas: el individuo debe nombrar aquellas cinco áreas que considera centrales para su Calidad de Vida;

2ª. Determinación del nivel de satisfacción / funcionamiento de cada área: el entrevistado valora cada área en su vida desde 'lo mejor posible' (100.0) a 'lo peor posible' (0.0);

3ª. Ponderación relativa o importancia de cada área en la Calidad de Vida global. El SEIQoL-DW o Direct Weighting (Browne et al., 1997) permite a los individuos la ponderación directa de las áreas mencionadas.

Para presentar datos agrupados, puede calcularse un índice, multiplicando el nivel de satisfacción por la importancia relativa de cada área y sumando los productos de las cinco áreas:

$$\text{Índice SEIQoL} = \sum (\text{niveles} * \text{pesos})$$

La puntuación resultante es una medida continua que oscila entre 0 y 100 y puede ser analizada usando estadística paramétrica (Hickey et al., 1999).

2.2. METODOLOGÍA

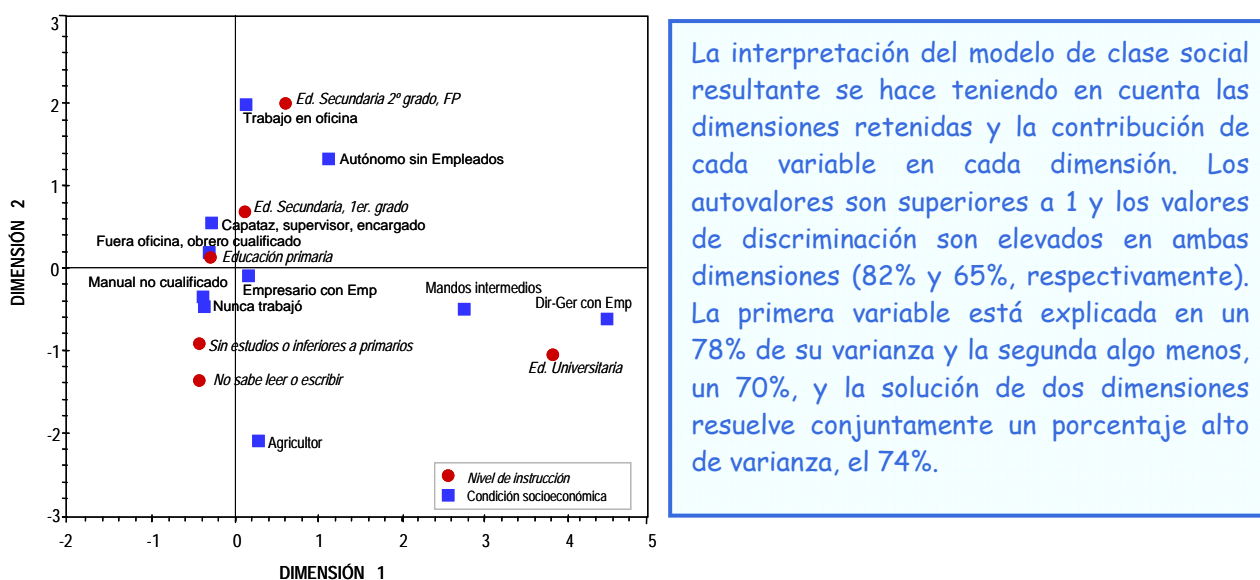
Las variables relativas a la caracterización sociodemográfica son edad en tres grupos, sexo, clase social, estructura del hogar y hábitat de residencia; esta última variable se ha considerado en tres niveles: municipio de Madrid, área metropolitana y resto no metropolitano. La estructura del hogar es una variable derivada a partir de las preguntas relativas a los miembros del hogar (edad, sexo, parentesco con el entrevistado); se han obtenido cinco tipos de hogar: viviendo solo/a; viviendo con el cónyuge o pareja;

con cónyuge o pareja, hijos, hijos políticos, nietos, otros familiares, otros no familiares; con hijos, hijos políticos, nietos; con otros familiares y otros no familiares.

2.2.1. Generación de la variable clase social

La variable clase social ha sido generada a partir del nivel de instrucción y la condición socioeconómica, y se ha obtenido mediante la aplicación de la técnica estadística de Análisis de Correspondencias (en adelante ACor); esta técnica permite establecer la asociación de las categorías (en este caso del nivel de educación y de la condición socioeconómica) y definir grupos (de clase social) según su posición en un mapa perceptual o un gráfico de baja dimensionalidad (figura 2.2).

Figura 2.2. Diagrama conjunto de puntos de categorías del nivel de instrucción y de la condición socioeconómica



Las puntuaciones tipificadas (media 0 y varianza 1) de cada sujeto en cada dimensión de la tabla de correspondencias constituyen los datos de entrada para clasificar dichos sujetos según sus similitudes sobre el plano bidimensional y agrupar aquéllos con perfiles homogéneos. La técnica utilizada ha sido el Análisis Cluster con el procedimiento de clúster no jerárquico; los resultados muestran 5 clúster cuyos centroides aparecen en la tabla 2.1.

En torno al punto de coordenadas $x=4.21$ e $y=-1.29$ se localiza un conjunto de categorías cuyos sujetos tienen formación académica universitaria asociada con trabajos de dirección y gerencia con empleados, rasgos que se relacionan con una clase social 'alta'. Localizado alrededor del centroide $x=2.04$ e $y=0.07$ se halla un grupo de transición que atrae sujetos con estudios universitarios o

secundarios de segundo grado y Formación Profesional, terminados a los 16-18 años de edad, asociados con categorías socioeconómicas de mandos intermedios, pero también puede atraer a directores y gerentes con empleados y autónomos sin asalariados. Estas categorías conforman la clase ‘media-alta’. Estos dos tipos son los de menor frecuencia de casos, con el 3.8% y 4.4%, respectivamente.

Tabla 2.1. Centros de los conglomerados finales

Dimensiones	Cluster					
	1- Baja	2- Media baja	3- Media	4- Media alta	5- alta	
Dimensión 1	-0.45	-0.32	0.19	2.04	4.21	
Dimensión 2	-0.99	0.07	1.78	0.07	-1.29	
Número de casos en cada clúster						
Total	139	236	83	22	19	499
%	27.86	47.29	16.63	4.41	3.81	100.00

Un tercer grupo se localiza en torno al centroide $x = 0.19$ e $y = 1.78$; es más numeroso que los anteriores, concentrando casi el 17% de la muestra. Se trata de personas con estudios terminados a los 16-18 años (secundaria de segundo grado, Formación Profesional), asociados con empleos en oficina y trabajadores autónomos que no tienen asalariados. Es un grupo etiquetado como de clase ‘media’.

El punto de coordenadas $x=-0.32$ e $y=0.07$, con casi la mitad de los casos de la muestra, agrupa a personas con estudios primarios (terminados a los 11 ó 12 años de edad) y, en menor medida, secundarios de primer grado o equivalentes; estas categorías se asocian con niveles socioeconómicos de capataces, supervisores y encargados, empresarios con asalariados, trabajadores fuera de oficina y obreros cualificados, y también podría atraer a trabajadores manuales no cualificados; además, es el grupo que acoge más proporción de personas que declaran no haber trabajado nunca. Esta clase es denominada como ‘media-baja’.

Finalmente, y por debajo de la situación media, se halla el grupo 1, en torno a los ejes $x=-0.45$ e $y=-0.99$; la similitud entre categorías se define por atraer los niveles de instrucción más bajos (personas sin estudios o que no han completado la enseñanza primaria, e incluso personas que no saben leer ni escribir), asociados con situaciones socioeconómicas de trabajadores manuales no cualificados, agricultores y personas que declaran no haber trabajado nunca. Es el segundo grupo más numeroso de la muestra con el 28% de los casos y se definiría como de clase ‘baja’.

2.2.2. Medidas de evaluación de salud y CVRS utilizadas en el estudio

Han sido utilizadas varias medidas: enfermedades padecidas e índice de comorbilidad, índice de discapacidad de Barthel, subescala de depresión de la escala HAD y estado de salud EuroQoL-5D.

a) Índice de Comorbilidad:

Puesto que en el presente estudio los encuestadores no eran profesionales sanitarios se diseñó un Índice de Comorbilidad (en adelante, ICM) inspirado en la Cumulative Illness Rating Scale – Geriatrics (Miller *et al.*, 1992). El ICM consta de 19 entradas para captar los padecimientos más frecuentes en la población (por ejemplo, problemas osteoarticulares, de visión, de audición, respiratorios, de memoria, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, etc.), de modo que la enfermedad o trastorno pueda ser introducido tal como es expresado por el entrevistado; además, hay una entrada abierta para “otros”. En primer lugar se pregunta por los padecimientos de la persona y se anotan los expresados espontáneamente; a continuación, se lee la lista de entradas para facilitar el recuerdo de aquéllos que hubieran podido quedar olvidados; posteriormente, se indaga si el entrevistado realiza tratamiento para cada uno de los trastornos o enfermedades mencionadas.

Tras el trabajo de campo, la puntuación fue asignada en cada encuesta por un profesional médico² del siguiente modo: para trastornos actuales o significativos pasados, sin tratamiento, 1 punto; padecimiento actual en tratamiento, 2 puntos; problemas significativo o grave presente y con tratamiento, 3 puntos; problema muy grave, de mal pronóstico a corto-medio plazo, 4 puntos. La puntuación final del ICM se obtuvo, tras varios modelos de prueba comparativos y de complejidad creciente, mediante el sumatorio de las puntuaciones de cada problema detectado elevado al cuadrado [$\sum (\text{punt } ij)^2$]. El ICM mostró estar significativamente asociado al EQ-5D y al estado de salud percibido hoy en una escala visual analógica ($|r| = 0.54$ y 0.50 , respectivamente; $p < 0.0001$).

b) Índice de capacidad funcional de Barthel:

Ésta es, probablemente, la escala más clásica y ampliamente utilizada para medir discapacidad física en pacientes ancianos, en general, y ha demostrado poseer excelentes propiedades métricas (Wade *et al.*, 1988). El Índice de Barthel (en adelante, IB) consta de 10 ítems abarcando actividades básicas de la vida diaria (en adelante, AVDs), con puntuaciones heterogéneas de 0 a 15. El sumatorio de las puntuaciones oscila entre 0 (incapacidad absoluta para cualquier AVD) y 100 (independencia completa para todas las AVDs consideradas). La puntuación puede ser categorizada en cuatro niveles: 100-80 = No

² Dr. P. Martínez Martín, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

discapacidad o mínima; 75-60 = leve discapacidad; 55-40 = moderada discapacidad; 35-0= discapacidad grave o total (Baztán *et al.*, 1994), lo cual facilita su interpretación directa.

c) Escala de Independencia Funcional:

Como complemento del IB, en el estudio se incluye una escala de independencia funcional (en adelante, EIF) de nuevo diseño para uso por encuestadores no sanitarios, como adaptación de diversos cuestionarios y medidas (Bowling, 1991; Fernández-Mayoralas y Rodríguez, 1995; Rodríguez *et al.*, 1995). Esta escala consta de 23 ítems agrupados en 4 dominios de AVDs: cuidado personal, tareas domésticas, movilidad en interiores (casa) y movilidad exterior. Cada ítem puntúa desde 1 (no puede realizar la actividad sin ayuda) a 3 (puede hacer la actividad sin ayuda), dejando una puntuación 0 para aquellas personas que no realizaron nunca las tareas domésticas contempladas. La puntuación de la escala oscila, excluyendo las puntuaciones 0, entre 23 (totalmente dependiente para todas las actividades) y 69 (totalmente independiente para todas las actividades).

El análisis métrico mostró que la calidad de datos de la escala fue satisfactoria (94% de datos totalmente computables). En la población encuestada no presentó efecto suelo (0.22%), pero sí efecto techo (60%), debido a la buena situación funcional de los encuestados. La proximidad de la media (65.24) a la mediana (69.0) fue satisfactoria (diferencia = 5.4%) y se observó en cada ítem todo el rango de puntuaciones teóricamente posibles. El análisis multi-rasgo mostró una tasa de éxito para los dominios entre 80.0 y 100% y las correlaciones ítem-total de la dimensión, corregidas, oscilaron de 0.45 (manejo del dinero) a 0.92 (limpieza de la casa). El alfa de Cronbach resultó 0.79-0.94 y la homogeneidad de los ítems, 0.48-0.71. Por tanto, la escala cumple satisfactoriamente las asunciones escalares que permiten la suma de las puntuaciones y, simultáneamente, los criterios de consistencia interna. La tabla 2.2 muestra los datos más destacados de la validez convergente de la EIF.

Tabla 2.2. Validez convergente de la Escala de Independencia Funcional

	Edad	Comorbilidad	Índice de Barthel
1. Cuidado personal	-0.30	-0.40	0.66
2. Tareas domésticas	-0.10*	-0.06 ^{NS}	0.23
3. Movilidad casa	-0.22	-0.31	0.60
4. Movilidad exterior	-0.31	-0.40	0.61
Total	-0.22	-0.24	0.54

Pearson r ($p < 0.0001$, excepto *, $p < 0.05$ y ^{NS} no significativo)

La EIF demostró validez para grupos conocidos, puntuando significativamente menos a medida que se incrementaba el nivel de discapacidad, basado en el IB (100-80 = No discapacidad o mínima; 75-60 = Discapacidad leve; 55-40 = Discapacidad moderada; 35- 0 = Discapacidad grave o total) (Kruskal-Wallis, $p < 0.0001$).

Tabla 2.3. Niveles de Independencia según la Escala de Independencia Funcional

	Media \pm DE
1. No discapacidad o leve	65.86 \pm 5.54
2. Discapacidad moderada	53.46 \pm 7.45
3. Discapacidad grave	33.50 \pm 13.43
4. discapacidad muy grave	26.00 \pm 0.00

d) Hospital Anxiety and Depresión Scale:

La Hospital Anxiety and Depression Scale (en adelante, HADS) es una escala autoadministrada para la detección de trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes ambulatorios no psiquiátricos. Consiste de 14 ítems (7 para ansiedad y 7 para depresión). En el presente estudio se aplicó la subescala de depresión (en adelante HADS-Depresión), por ser este trastorno un determinante común de la CdV (Sullivan *et al.*, 2000) e influir directamente en la autoevaluación del estado de salud (Mulsant *et al.*, 1997). Cada ítem puntúa de 0 (Sin problema) a 3 (Problema extremo), por lo que los límites de la puntuación de la escala total son 0 y 21. Once o más puntos son indicativos de depresión.

e) EuroQoL:

Es una medida autoadministrada de CVRS, con especial significado como instrumento econométrico (preference-based). Incluye una parte descriptiva de cinco dimensiones (en adelante EQ-5D): movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/ malestar, ansiedad/depresión, cada una de las cuales posee tres niveles diferentes de gravedad (1= sin problemas; 2= algún problema / problemas moderados; 3= muchos o graves problemas) (EuroQol Group, 1990). Este sistema descriptivo puede generar 243 perfiles de salud diferentes. A cada perfil se le puede asignar un valor, preferencia o tarifa (en adelante, EQ-5D-TT), calculado a partir de estudios poblacionales por medio de escala analógica visual o equivalencia temporal. Dicho valor oscila entre 1.0 (estado de salud perfecto) y 0.0 (muerte). Estos valores, derivados por equivalencia temporal han sido estandarizados para la población general española (Badía *et al.*, 1999).

El instrumento también incluye una escala visual analógica (en adelante EQ-5D-EVA), sobre la cual los sujetos estiman su estado de salud actual (desde 0, el peor estado de salud imaginable, a 100, el mejor estado de salud imaginable). Por último, incorpora una pregunta acerca de la evolución del estado de salud en los 12 meses anteriores (mejor, igual o peor) (en adelante, EQ-5D-12).

2.2.3. Otras variables de la dimensión salud en la Calidad de Vida

Para abordar la dimensión salud en la CdV han sido utilizadas también variables relativas a la valoración del estado de salud, la satisfacción con el estado de salud general, la frecuencia de uso de servicios de salud (médico de cabecera, servicios de enfermería, médico especialista, dentista, servicio de urgencia, servicio de hospitalización) y la satisfacción con el uso de servicios.

Por su lado, la información sobre las AVDs y las redes de apoyo se utiliza como complemento a la determinación del nivel de competencia de la población mayor. Para Lawton (Lawton, 1982) el nivel de competencia comprende el nivel de salud y la habilidad, así como la capacidad sensorial, comportamental y cognitiva frente al medio; para los propósitos de este trabajo, como nivel de competencia han sido considerados el ICM (síntesis del padecimiento de enfermedades, tratamiento y dispositivos de apoyo), la EIF (que mide el nivel de independencia funcional en las AVDs) y la recepción de ayuda para realizar las AVDs, partiendo de considerar una mayor necesidad de ayuda y menor nivel de autonomía entre la población más vulnerable.

La red de apoyo se ha desglosado en apoyo informal y formal. Para el primer tipo se utilizan las variables sobre recepción de ayuda de familiares, amigos, vecinos, conocidos, etc., qué personas ayudan en mayor medida, y frecuencia y satisfacción con la ayuda recibida; el apoyo formal se basa en información sobre ayuda remunerada y utilización de servicios ofrecidos por instituciones públicas (once tipos de servicios relativos a ayuda en tareas del hogar, cuidado personal y acompañamiento, ayudas técnicas, comedor, centro de día) y satisfacción con la utilización de dichos servicios.

CAPÍTULO 3. CÓMO SON Y CÓMO VIVEN LOS MAYORES: LA FEMINIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO

A fecha del Censo de Población de 2001, el grupo de personas con 65 y más años en España es de 6,958,516, lo que supone un 17% del conjunto de población (tabla 3.1); en la misma fecha la Comunidad de Madrid alcanza una proporción de población mayor de 14.5%. En ambas áreas geográficas, el porcentaje de mayores residentes en vivienda familiar es sólo ligeramente inferior, como corresponde a un bajo número de mayores en institución.

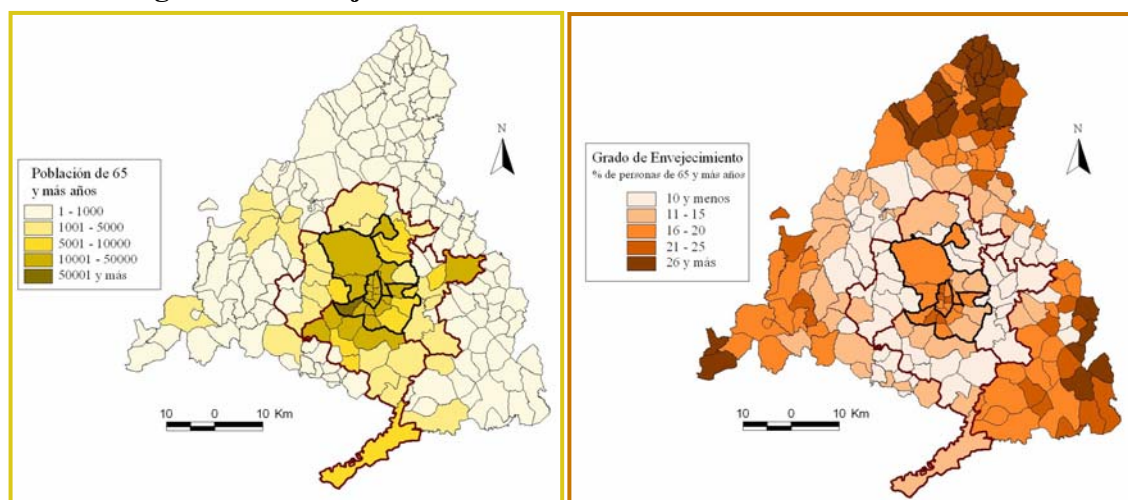
Tabla 3.1. La población en cifras

Área	Población total			Población residente en vivienda familiar		
	Total	65 + años	% 65 + años	Total	65 + años	% 65 + años
España	40,847,371	6,958,516	17.04	40,595,861	6,796,936	16.74
Comunidad de Madrid	5,423,384	789,486	14.56	5,394,140	771,683	14.31

FUENTE: INE. *Censo de Población y Vivienda de 2001*.

En la Comunidad de Madrid, la población mayor se localiza, fundamentalmente, en las áreas urbanas (el 95% de los mayores reside en áreas urbanas, ya sea en la propia capital, un 70%, o en su área metropolitana, un 26%) (figura 3.1), hecho que puede influir en la forma de vivir y en las condiciones de vida, especialmente en la accesibilidad a dotaciones y servicios. Por el contrario, la tasa de envejecimiento muestra que son las áreas rurales, además del casco histórico del municipio de Madrid, las más envejecidas, al igual que ocurre en el territorio nacional (Rojo Pérez *et al.*, 2005).

Figura 3.1. Envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Madrid



La población mayor residente en vivienda familiar en la Comunidad de Madrid se caracteriza (tabla 3.2) por tener una edad media elevada (75 años) y una presencia mayoritaria de mujeres; la forma de convivencia más representativa es la de vivir en pareja o solo, como consecuencia de la importante

representación de casados y viudos, respectivamente. Algunas de estas características generales se acentúan por edad y sexo: la viudedad afecta significativamente más a las mujeres y a los mayores de 74 años. Esta estructura demográfica es muy similar a la observada para la población española con 65 y más años (Rojo Pérez *et al.*, 2005).

Tabla 3.2. Características sociodemográficas de los mayores

VARIABLES (Casos válidos)	Número de casos		Sexo		Edad		
	Total	%	Hombre	Mujer	65-74	75-84	85 +
Categorías	499	100.0	(204) 40.9%	(295) 59.1%	(247) 49.5%	(179) 35.9%	(73) 14.6%
Edad media	75.0		74.2	75.5	69.1	78.5	86.5
ESTADO CIVIL (499)			(0.0001)		(0.0001)		
Soltero/a	16	3.2	4.4	2.4	3.2	3.9	1.4
Casado/a, viviendo en pareja	265	53.1	70.1	41.4	68.8	44.7	20.5
Separado/a, divorciado/a	17	3.4	2.0	4.4	3.2	3.9	2.7
Viudo/a	201	40.3	23.5	51.9	24.7	47.5	75.3
NIVEL DE EDUCACIÓN (497)			(NS)		(0.001)		
No sabe leer, o escribir	13	2.6	2.9	2.4	1.2	5.1	1.4
Sin estudios o inferiores a primarios	127	25.6	21.6	28.3	20.3	28.7	35.6
Educación Primaria	201	40.4	38.7	41.6	37.8	41.6	46.6
Educación Secundaria de primer grado (estudios terminados a los 12-16 años)	95	19.1	21.6	17.4	26.0	12.9	11.0
Educación Secundaria de segundo grado, Formación Profesional (estudios terminados a los 16-18 años)	36	7.2	9.3	5.8	8.5	7.9	1.4
Educación Universitaria	25	5.0	5.9	4.4	6.1	3.9	4.1
RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD (499)			(0.0001)		(0.0001)		
Está trabajando	9	1.8	2.5	1.4	2.8	1.1	0.0
Está jubilado	269	53.9	92.2	27.5	59.5	50.8	42.5
Es pensionista	131	26.3	5.4	40.7	15.8	33.5	43.8
Es ama de casa / labores del hogar	90	18.0	0.0	30.5	21.9	14.5	13.7
CLASE SOCIAL (499) (1)			(0.0001)		(0.05)		
Baja	139	27.9	23.0	31.2	21.5	33.0	37.0
Media baja	236	47.3	42.6	50.5	49.4	44.7	46.6
Media	83	16.6	21.1	13.6	19.4	16.2	8.2
Media alta	22	4.4	7.8	2.0	5.7	2.2	5.5
Alta	19	3.8	5.4	2.7	4.0	3.9	2.7
INGRESOS TOTALES MENSUALES (333)			(NS)		(0.003)		
Menos de 300 € (Menos de 50,000 Pts)	13	3.9	1.5	5.5	4.2	3.4	4.1
301 a 600 € (50,001 a 100,000 Pts)	148	44.4	40.3	47.2	35.2	48.7	65.3
601 a 900 € (100,001 a 150,000 Pts)	114	34.2	37.3	32.2	35.8	37.0	22.4
901 a 1,200 € (150,001 a 200,000 Pts)	46	13.8	16.4	12.1	20.0	10.1	2.0
Más de 1,200 € (Más de 200,000 Pts)	11	3.3	4.5	2.5	4.2	0.8	6.1
No tiene ingresos	1	0.3	0.0	0.5	0.6	0.0	0.0

(NS) No Significativo $p > 0.05$

(1) Tipología de Clase Social basada en el nivel de educación y en el estatus socioeconómico.

Los mayores madrileños parecen conformar un grupo demográfico relativamente poco instruido, aunque tienen mejor nivel educativo que el promedio nacional para la misma edad: 4 de cada 10 cuentan estudios primarios y una cuarta parte carece de ellos; sólo se observan diferencias significativas por edad, disfrutando los viejos más jóvenes de niveles de instrucción más altos.

Un aspecto donde las diferencias por sexo son más acusadas es el de la relación con la actividad: más de la mitad de los mayores de 65 años está actualmente jubilado y una cuarta parte es pensionista. Entre los hombres la situación predominante es la de disfrutar de una pensión por haber trabajado, mientras las mujeres son fundamentalmente receptoras de pensiones de viudedad, en general de menor cuantía, o bien se encargan mayoritariamente del trabajo doméstico.

Las clases sociales predominantes son la media baja y la baja; sin embargo, más de un tercio de los hombres se clasifica en las clases media-media y superiores, y sólo se encuentran en ellas el 18% de las mujeres; además, se observa una relación inversa entre clase social y edad.

La caracterización por nivel de ingresos muestra que el 44% de los entrevistados declara percibir una renta que está por debajo de la pensión de jubilación media en España, que en 2005 fue de 686,61€ en el año 2005 (<http://www.mtas.es/estadisticas/BEL/PEN/index.htm>), de modo que casi la mitad de los mayores en la Región de Madrid se sitúa por debajo de ese valor medio de las pensiones de jubilación. Las mujeres reportan menor renta, aunque las diferencias por género no son significativas; y según la edad hay asociación estadística inversa.

Los mayores residen fundamentalmente en su casa, y una mínima parte lo hacen en casa de una hija, de un hijo o a temporadas en casa de los hijos u otros familiares (tabla 3.3); la tendencia es a vivir en su propia casa entre los menos viejos, mientras que los que residen en casa de hijos suelen tener más edad.

Tabla 3.3. Forma de convivencia

VARIABLES (Casos válidos)	Número de casos		Género		Edad		
	Total	%	Hombre	Mujer	65-74	75-84	85 +
Categorías	499	100.0	(204) 40.9%	(295) 59.1%	(247) 49.5%	(179) 35.9%	(73) 14.6%
VIVE EN ... (494)			(NS)		(0.05)		
Su propia casa	462	93.5	94.0	93.2	96.3	91.5	88.9
Casa de hija, hijo	23	4.7	3.0	5.8	2.0	6.2	9.7
A temporadas (en casa de los hijos, otros familiares)	9	1.8	3.0	1.0	1.6	2.3	1.4
FORMA DE CONVIVENCIA (499)			(0.0001)		(0.0001)		
Viviendo solo/a	160	32.1	25.0	36.9	22.7	36.9	52.1
Viviendo con el cónyuge o pareja	206	41.3	51.0	34.6	51.4	36.9	17.8
Con cónyuge o pareja, hijos, hijos políticos, nietos, otros familiares, otros no familiares	49	9.8	15.2	6.1	14.2	7.3	1.4
Con hijos, hijos políticos, nietos	67	13.4	6.9	18.0	10.1	13.4	24.7
Con otros familiares (hermanos, hermanas, otros) y otros no familiares	17	3.4	2.0	4.4	1.6	5.6	4.1
TAMAÑO DEL HOGAR (499)			(0.014)		(0.0001)		
Tamaño medio	1.9		2.0	1.9	2.0	1.9	1.7
1 persona	160	32.1	25.0	36.9	22.7	36.9	52.1
2 personas	259	51.9	55.9	49.2	59.1	46.9	39.7
3 +	80	16.0	19.1	13.9	18.2	16.2	8.2
EDAD MEDIA DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (499)			(NS)		(0.0001)		
Edad media	70.7		70.1	71.1	65.8	73.4	80.6
Hasta 50 años	32	6.4	5.4	7.1	6.1	7.8	4.1
51-64	59	11.8	14.2	10.2	16.6	8.4	4.1
65-74	208	41.7	47.1	38.0	72.9	10.6	12.3
75-84	146	29.3	24.5	32.5	4.5	71.5	9.6
85 + años	54	10.8	8.8	12.2	0.0	1.7	69.9
AUTOPOSICIONAMIENTO ECONÓMICO DEL HOGAR (492)			(NS)		(NS)		
Bajo	11	2.2	2.0	2.4	1.2	2.8	4.2
Medio bajo	64	13.0	11.3	14.2	11.5	14.1	15.5
Medio	347	70.5	70.0	70.9	69.3	71.8	71.8
Medio alto	64	13.0	14.8	11.8	16.0	11.3	7.0
Alto	6	1.2	2.0	0.7	2.0	0.0	1.4

(NS) No Significativo p>0.05

El tamaño medio del hogar es de casi dos personas, resultado de que más de la mitad de esta población reside con otra persona, generalmente el cónyuge o pareja, y casi un tercio vive solo, fruto de la presencia mayoritaria de personas casadas y viudas, respectivamente. Menos peso tienen los hogares formados por el mayor conviviendo solamente con hijos y/o nietos, o aquéllos por el mayor con su cónyuge o pareja donde también residen hijos, nietos u otros familiares. En este contexto, la edad media de los hogares es de 71 años, y menos de una quinta parte de los mayores habita en hogares con una edad media inferior a los 65 años. La soledad como forma de convivencia afecta más a las mujeres, entre

quienes se encuentran más viudas, pero también a los más viejos, como resultado del cambio de estado civil a la viudedad.

El autopercepción económica del hogar en que reside el mayor se ajusta a una curva normal, con un 70% de los casos localizados en una posición media; esta variable no ofrece diferencias significativas ni por género ni por edad.

CAPÍTULO 4. LA CALIDAD DE VIDA INDIVIDUAL DE LOS MAYORES: DIMENSIONES PRINCIPALES Y SU IMPORTANCIA, DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FACTORES EXPLICATIVOS

A partir del procedimiento SEIQoL-DW, en su paso 1, se han obtenido 19 dimensiones, como respuesta espontánea a una pregunta genérica, esto es, no inducida por el investigador. Las dimensiones más nominadas en las 5 respuestas requeridas fueron la salud (96% de los entrevistados), la red familiar (82%), la situación económica (76%), la red social (57%) y el ocio-tiempo libre (38%). En la tabla 4.1 pueden verse la proporción de respuestas de cada nominación, independientemente del orden, así como la satisfacción media que los mayores declararon hacia cada una de ellas (71, 77, 60, 66 y 60 sobre 100, respectivamente), su ponderación o importancia, los resultados del índice SEIQoL y la contribución de cada aspecto mencionado al índice SEIQoL global.

Tabla 4.1. Determinación de la Calidad de Vida individual a partir del SEIQoL

Dimensiones nominadas	Nº respuestas en cualquier orden (1) (467 casos)	Nominación en cualquier orden (2) (% sobre respuestas)	Nivel satisfacción o funcionamiento medio (3) (0-100)	Ponderación media (4) (0-100)	Índice SEIQoL Global				Contribución al índice SEIQoL 9 = (8 / ∑ 8)*100 (%)
					Mínimo (5) (0-100)	Máximo (6) (0-100)	Medio (7) (0-100)	Suma (8)	
1 SALUD	447	19.23	71.00	26.29	31.00	96.00	70.97	8,530.82	25.82
2 SITUACIÓN LABORAL	6	0.26	69.83	16.67	59.90	82.35	71.14	72.35	0.22
3 SITUACIÓN ECONÓMICA	354	15.16	60.23	15.86	31.00	96.00	70.10	3,403.79	10.30
4 VIVIENDA Y EDIFICIO O FINCA	30	1.28	71.80	16.17	31.00	91.55	72.19	348.93	1.06
5 BARRIO O PUEBLO O COMUNIDAD	12	0.51	52.75	11.25	65.25	94.30	77.33	78.20	0.24
6 VECINDARIO (vecinos)	14	0.60	71.50	12.43	59.45	96.00	81.82	130.89	0.40
7 OCIO Y TIEMPO LIBRE (en genérico)	176	7.54	59.72	13.76	37.20	96.00	71.29	1,479.17	4.48
8 OCIO FÍSICO	41	1.76	72.17	16.85	44.40	93.80	71.54	508.91	1.54
9 VIAJES / TURISMO	77	3.30	54.48	14.69	37.40	89.74	69.13	659.54	2.00
10 OCIO PASIVO	68	2.91	57.24	17.16	37.20	91.30	58.80	653.73	1.98
11 OCIO CULTURAL	33	1.41	68.79	17.39	38.10	91.64	70.85	399.76	1.21
12 RED SOCIAL	266	11.43	66.15	15.88	37.20	96.00	72.40	2,850.67	8.63
13 MATRIMONIO	65	2.78	81.58	24.69	31.00	89.90	74.18	1,341.73	4.06
14 RED PATERNO-FILIAL	109	4.67	78.29	27.61	52.14	96.00	73.50	2,409.23	7.29
15 RED FAMILIAR (en genérico)	375	16.32	77.44	25.83	37.20	96.00	71.30	7,712.43	23.34
16 APOYO SOCIAL	9	0.39	38.67	11.11	52.50	90.00	69.07	40.45	0.12
17 ESTADO EMOCIONAL	107	4.63	67.47	14.91	38.50	96.00	73.99	1,098.72	3.33
18 RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD	65	2.78	72.42	15.65	46.00	95.45	72.91	758.10	2.29
19 VALORES Y ACTITUDES	67	3.04	56.85	13.78	31.00	96.00	72.78	564.90	1.71
TOTAL	2,321	100.00			31.00	96.00	71.22	33,042.32	100.00

En una escala de satisfacción donde 0 es la peor situación posible y 100 la mejor situación posible, y resultados por debajo de 50 implicarían insatisfacción o disfunción en el área, lo primero que destaca es que la satisfacción de la población mayor con los aspectos que conforman su vida es elevada. Como media de las cinco nominaciones, las dimensiones de la vida con altos niveles de satisfacción o funcionamiento son aquellas relacionadas con la familia, especialmente con el matrimonio y la red paterno-filial, la religión y espiritualidad, el ocio de carácter físico, la vivienda, el vecindario y la salud. En el polo opuesto, el apoyo social de carácter institucional presenta un nivel de satisfacción que no

alcanza 39 sobre 100, lo que se interpreta como una valoración negativa o de clara insatisfacción hacia este aspecto; apenas por encima de 50, se encuentra la satisfacción con una dimensión relacionada con el entorno residencial físico: el barrio, pueblo o comunidad.

Pero, además de nominación y satisfacción con las áreas de la vida, es de gran relevancia ponderar la importancia de cada dimensión, toda vez que una dimensión con bajo peso, aunque presente una satisfacción elevada, contribuirá menos al índice SEIQoL que otra dimensión con alto peso y satisfacción. Asimismo, áreas con peso elevado y nivel de satisfacción bajo, o insatisfacción, influirán negativamente en la CdV. Dado que son cinco las menciones que realiza cada individuo, pesos superiores a 20 sobre 100 pueden considerarse altos. Superando este umbral destacan aspectos relacionados con la red familiar, especialmente la paterno-filial, pero también la dimensión salud. En el extremo opuesto, la menor importancia relativa la detentan las dimensiones apoyo social institucional y el barrio, pueblo o comunidad, con poco más de 11 sobre 100 en su ponderación. Esto es resultado de la estructura de ponderación, en cuanto que parámetro relativo donde los elementos primeramente nominados restan peso a las nominaciones siguientes.

Detectadas las áreas relevantes para la CdV de los individuos, conocido el nivel de satisfacción hacia cada una de ellas y el peso o importancia relativa que cada aspecto tiene respecto de los otros cuatro, el procedimiento SEIQoL-DW estándar permite obtener un índice sintético que toma en consideración estos parámetros.

El índice global para el conjunto de la población estudiada y las dimensiones nominadas es bastante elevado, superando una media de 71 sobre 100, con una puntuación mínima de 30 y una máxima de 96, todo lo cual resultaba esperable por cuanto los mayores suelen expresar altos niveles de satisfacción.

Por lo que se refiere a los índices SEIQoL medios para cada una de las nominaciones, también presentan cifras cercanas a 70 sobre 100, pero han de ser tratadas con precaución pues se encuentran muy influidas por el número de personas que las nominan. De hecho, el procedimiento SEIQoL-DW estándar no tiene como objetivo conocer el papel que ocupa cada una de las nominaciones, esto es, su contribución relativa al índice global final. Por esta razón, en este estudio se ha desarrollado un procedimiento complementario destinado a calcular dicha contribución, tomando en consideración, además de los

parámetros de satisfacción y ponderación, que el área haya sido efectivamente nominada, independientemente del orden de nominación; o que no haya sido nominada, en tal caso se ha considerado que su contribución al índice es 0%.

Con este procedimiento de adaptación del SEIQoL-DW estándar se pretende definir un modelo sintético de CdV Global, al que contribuyen en mayor o menor medida las distintas dimensiones nominadas. Así, en el modelo obtenido, las dimensiones salud y red familiar (en genérico) son dos pilares básicos, pues entre ambas suponen una contribución cercana al 50% del índice, esto es, cualquier modificación en estos aspectos repercutirá muy significativamente en la CdV Global de la población mayor. Con poco más del 10% también contribuye la dimensión situación económica, y algo menos la red social y la red paterno-filial. Las 14 dimensiones restantes, con una contribución conjunta de casi el 25%, tienen proporciones de participación unitaria inferiores al 5%.

Tal y como puede apreciarse en la tabla 4.1, el parámetro nominación es decisivo para el porcentaje de contribución al modelo-índice SEIQoL. Esto resulta evidente para las dos áreas básicas en la CdV Global de los mayores, la salud y la red familiar, pues ambas han sido muy nominadas; pero, especialmente para la dimensión salud, ya que su nivel de satisfacción resulta por debajo del que los mayores adjudicaron hacia otros aspectos de la vida, como los relativos a la red familiar, la religiosidad y espiritualidad o la inversión del tiempo libre en ocio físico; pero también la importancia relativa de la salud, que, aunque elevada, es inferior a la expresada por la población mayor, por ejemplo, hacia uno de los elementos de la familia, como lo es la red paterno-filial.

Del mismo modo, el parámetro nominación es decisivo también para la menor contribución en el modelo de CdV Global de dimensiones como el matrimonio, con nivel de satisfacción y peso muy elevados, pero escasamente mencionado como uno de los cinco aspectos relevantes para la CdV. Por otro lado, un área como la situación económica, tercera en frecuencia de respuestas, aporta finalmente al índice una menor proporción, ya que tanto el nivel de satisfacción como el peso ponderado son ambos relativamente bajos. Y, en el mismo sentido, el ocio-tiempo libre, nominado en quinto lugar en frecuencia de menciones, pierde carga de contribución en el modelo por la baja satisfacción media que registra, superando apenas el 4% de participación.

Otro aspecto a considerar es la influencia de las características sociodemográficas de los mayores en la conformación de modelos diferentes de CdV Global. En la tabla 4.2 se muestran las medias que el Índice SEIQoL adaptado toma en cada una de las cinco dimensiones más nominadas, así como su distribución según características sociodemográficas seleccionadas en la población estudiada.

Tabla 4.2. Las cinco dimensiones más nominadas según la caracterización sociodemográfica

Variables sociodemográficas	Casos válidos	Índice SEIQoL adaptado, de las cinco dimensiones más nominadas de la Calidad de Vida en población mayor					
	467	Salud 18.27	Red familiar 16.51	Situación económica 7.29	Red social 6.10	Ocio y tiempo libre 3.17	
Sexo	Hombre	196	17.42	16.26	7.60	6.00	3.48
	Mujer	271	18.88	16.70	7.07	6.18	2.94
Edad	65-74	233	18.88	17.41	8.00	5.58	3.06
	75-84	168	17.33	15.89	6.94	6.32	3.17
	85 y más	66	18.51	14.94	5.67	7.39	3.55
Clase social	Baja	123	20.34	18.26	5.55	6.07	2.86
	Media baja	224	17.56	15.82	7.92	5.87	3.07
	Media	81	17.85	14.58	8.42	6.06	3.66
	Media alta	20	18.89	16.41	6.73	6.65	3.13
	Alta	19	14.33	21.73	6.93	8.63	4.23
Forma de convivencia	Viviendo solo/a	150	18.33	14.92	7.54	8.31	3.51
	Viviendo con el cónyuge o pareja	191	18.14	17.34	7.41	4.49	3.00
	Con cónyuge o pareja, hijos, hijos políticos, nietos, otros familiares, otros no familiares	49	19.66	19.40	7.15	5.82	3.79
	Con hijos, hijos políticos, nietos	61	17.87	16.31	6.16	6.16	2.41
Con otros familiares (hermanos, hermanas, otros) y otros no familiares	16	16.44	13.63	8.17	5.32	2.93	
Zona de residencia	Municipio de Madrid	312	18.37	16.47	7.69	5.96	3.54
	Municipios metropolitanos	127	17.91	16.83	6.47	6.01	2.36
	Municipios no metropolitanos	28	18.70	15.63	6.49	8.08	2.66

NS: No significativo ($p > 0.05$)

Las diferencias más significativas tienen que ver con el papel que juega la clase social en relación con las dimensiones salud, red familiar y situación económica, de manera que la población mayor en las clases baja, media-alta y alta encuentra en la salud y la red familiar dos elementos destacados para la definición de su CdV Global, mientras que aquéllos en las clases media-baja y media-media tienden a definir su CdV Global más en función de la situación económica. Esta última dimensión también influye relativamente más en la definición de la CdV Global de la población vieja-joven. Por su parte, la red social está más presente en la definición de la CdV Global de los mayores que viven solos, y, aunque en menor extensión, también entre los que no tienen cónyuge/pareja y viven acompañados por hijos. Finalmente, la dimensión ocio y tiempo libre encuentra más representación en la definición de la CdV Global de los mayores que residen en la capital, frente a aquellos en municipios metropolitanos y rurales, quizás como consecuencia de la diferente dotación de servicios de ocio.

Analizados los atributos en que los mayores basan su CdV así como el peso de los mismos en la CdV global, la pregunta que se plantea ahora es ¿cuáles son los factores que ayudan a explicar la CdV

global e individual de los mayores evaluada por ellos mismos? Para dar respuesta a esta pregunta se ha hecho uso de técnicas estadísticas multivariantes, como *Análisis Factorial* (en adelante, AF) mediante el método de componentes principales, para reducir la dimensionalidad del tema estudiado y poner de relevancia las relaciones entre las variables de carácter objetivo y subjetivo de los cinco atributos más mencionados (tabla 4.3), y *Análisis de Regresión Lineal Múltiple* (en adelante, ARLM), con el propósito de establecer cuáles son esos atributos de mayor peso en el modelo de CdV global.

Tabla 4.3. Análisis Factorial de las variables explicativas

Variables	Comunalidades	Pesos factoriales	Componentes Principales	% de varianza
<i>Varianza total explicada: 74.03;</i>				
<i>Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin: 0.787; Test de esfericidad de Bartlett: Chi cuadrado 3787.242; Sig.: 0.000</i>				
RESPE TO P.63.3. Respeto y trato de los demás	0.698	0.784	POSOCIAL: Posición en la sociedad, libertad, respeto	10.33
LIBERTA P.63.2. Libertad para expresar sus pensamientos	0.677	0.772		
POSICI P.63.4. Posición y reconocimiento en la sociedad	0.702	0.757		
APARIEN P.63.5. Con su apariencia física	0.714	0.745		
CAPACI P.63.1. Capacidad para tomar decisiones	0.579	0.659		
QEURSAL5 P.17b). Su estado de salud hoy, 5G	0.684	0.764	SALUD: Salud (objetiva y subjetiva)	7.64
ESTSALU P.29. Valoración Estado de Salud	0.701	0.721		
QIndCom4 P.18. Índice de Comorbilidad, 4G	0.628	-0.680		
SATSALUD P.38. Satisfacción estado salud general	0.623	0.491		
QHADTot4 P.11a-g. Puntuación total escala depresión HAD, 4G	0.594	-0.356		
SATECON P.71. Satisfacción con sus ingresos totales	0.789	0.762	RECECON: Recursos económicos (objetivo y subjetivo)	6.88
SEGECON P.72. Seguridad en su futuro económico	0.791	0.725		
ECOHO5 P.73. Auto posicionamiento económico de su hogar (1 a 10), 5G	0.651	0.713		
CLASENS P.78-81. Clase Social Entrevistado (499 casos) (A. Clus.: Dim1 + Dim2), 5G	0.742	0.554		
ESPIRIT P.64.1. Me considero una persona espiritual	0.909	0.941		
DIOS P.64.2. Dios juega un papel importante en mi vida	0.907	0.935	ESPIVIDA: Sentido espiritual de la vida	6.03
gedahog5 P.2a. Edad media miembros hogar, 5G	0.863	0.922		
QPERHOG3 P.2. N° personas hogar + E	0.698	-0.756	ENVEHOG: Envejecimiento del hogar	5.70
QEDADEN3 P.76. Edad Entrevistado, 3G	0.736	0.632		
FRECAMI8 P.9b). Frecuencia relaciones con los amigos/as	0.749	0.839	RELAMIG: Relaciones de amistad	5.34
SATAMI8 P.10a). Satisfacción con relaciones con amigos/as	0.749	0.732		
AMICONF P.8.6. Tengo amigos/as de confianza o íntimos	0.772	0.759	OCIOI: N° actividades ocio, y amigos de confianza	4.89
QOCIO3_4 P.39. N° actividades ocio realizadas, 4G	0.732	0.744		
QBarTot4 P.19k. Suma total Índice Barthel, 4G	0.700	0.715	INDEPEN: Escala de Independencia	4.72
QINDEPEPLS5 P.23. Escala Independencia (incluye tareas domésticas), 5G	0.700	0.713		
OCIOAME P.41. Si realiza + o - actividades de ocio de las que le gustaría	0.776	0.823	SATISOCIO: Satisfacción con actividades de ocio	4.48
SATOCIO P.40. Satisfacción con actividades de ocio que realiza	0.669	0.597		
SATCOVI P.6. Satisfacción por vivir Solo/a o en compañía	0.642	0.621	SOLEIDAD: Satisfacción con forma de convivencia vs. ingresos económicos	4.23
INGRESO P.70. Sus Ingresos totales mensuales	0.702	-0.427		
FRECFAM18 P.9a). Frecuencia relaciones con algún familiar	0.826	0.822	RELAFAMI: Relaciones familiares	4.22
SATFAM8 P.10. Satisfacción con las relaciones familiares	0.799	0.693		
SEXOEN P.75. Género entrevistado	0.797	0.809	GENERO: sexo del entrevistado	3.35
QOCIO2_3 P.39a). N° Actividades Ocio iniciadas últimos años, 3G	0.938	0.959	OCIO2: N° actividades de ocio iniciadas recientemente	3.15
SENEDAD P.60. Emocional: percepción de su edad	0.933	0.956	PEREDAD: Percepción de la propia edad	3.08
				74.03

Los resultados del AF sobre las variables seleccionadas, representativas de los aspectos objetivos y subjetivos de los atributos más mencionados (salud, red familiar, situación económica, actividades de ocio y tiempo libre y red social), así como caracterización sociodemográfica, muestran un modelo que explica el 74% de la varianza conjunta, y la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin es casi de 0.8, conceptualizado como de sobresaliente (HAIR *et al*, 1999) (tabla 4.3). Bajo estos supuestos, las variables correlacionan en 14 factores, cuyas puntuaciones han sido retenidas para ser utilizadas como variables de entrada en el ARLM (tabla 4.4).

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a) La rotación ha convergido en 18 iteraciones.

El modelo de regresión (tabla 4.4) explica el 30% de la varianza de la CdV global a partir de seis componentes principales. El primer predictor contribuye con el 22.4% a la explicación del criterio y se relaciona con las actividades de ocio realizadas en el tiempo libre; el segundo factor explicativo, con casi el 5% de contribución, define la red de relaciones sociales a partir de la frecuencia de relaciones y de la satisfacción con las mismas. El tercer factor explicativo está constituido por los recursos económicos, de gran relevancia en la CdV de los mayores, como ya se ha demostrado asimismo al explicar tanto la

satisfacción con la salud (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2003) como la satisfacción residencial como atributos de la CdV (Rojo *et al.*, 2002).

Tabla 4.4. Regresión. Predictores de la Calidad de Vida global

Variable criterio: Índice SEIQoL (CdV global)	Coeficiente de Correlación Múltiple entre las variables independientes y la criterio (R) = 0.56; Coeficiente de Determinación (o de Correlación Múltiple al cuadrado) R ² = 0.317; R ² ajustado = 0.308; Sig. F < 0.001									
	1	2		3		4	5	6 = 1 * 3	7	
		B	Error típ.	Beta	Error típ.					
Constante		71.216	0.449							
OCIO1 Factor 7: N° actividades de ocio y amigos de confianza	0.473	5.524	0.450	0.473	0.039	0.000	0.224	0.224	22.40	
RELAMIG Factor 6: Relaciones de amistad	-0.212	-2.478	0.450	-0.212	0.039	0.000	0.045	0.045	4.51	
RECECON Factor 3: Recursos económicos	-0.141	-1.644	0.450	-0.141	0.039	0.000	0.020	0.020	1.98	
ESPIVIDA Factor 4: Sentido espiritual de la vida	0.114	1.325	0.450	0.114	0.039	0.000	0.013	0.013	1.29	
SALUD Factor 2: Salud	0.088	1.031	0.450	0.088	0.039	0.000	0.008	0.008	0.78	
POSOCIAL Factor 1: Posición en la sociedad, libertad, respeto	0.087	1.020	0.450	0.087	0.039	0.000	0.008	0.008	0.76	
									0.317	
									31.72	

1: Coeficiente de correlación de la variable independiente con el criterio (r); 2: Coeficientes no estandarizados; 3: Coeficientes estandarizados; 4: Significación; 5: Incremento de R²; 6: Coeficiente de contribución; 7: Coeficiente de contribución en %

En suma, cuatro de los parámetros de la ecuación de regresión tienen concordancia con los atributos mencionados por los mayores como los más importantes mediante el instrumento SEIQoL-DW; además, el predictor relativo al 'sentido espiritual de la vida' podría estar en la base de esa fuerza y consuelo que a veces se busca en situaciones difíciles, o en casos de vulnerabilidad y fragilidad. Como trabajo a profundizar en el futuro, sería interesante abordar el análisis unitario de cada uno de los atributos de la CdV para comprobar qué variables objetivas y subjetivas de su temática son las de mayor peso en la determinación de la satisfacción con dicho atributo.

El estado y valoración de la salud, medidos a partir de variables objetivas y subjetivas, constituye el quinto predictor, en consonancia con la puntuación de este atributo en el índice SEIQoL. Los parámetros cuarto y sexto son exclusivamente de carácter subjetivo; el primero se relaciona con la espiritualidad y la idea de Dios y el sentido y valor que tienen entre los mayores para afrontar las situaciones de la vida; de igual manera, la CdV global será más elevada cuando el mayor reconozca una elevada satisfacción con su posición y reconocimiento en la sociedad, su capacidad para tomar decisiones, la libertad para expresar sus opiniones, el respeto y trato que obtiene de los demás y su apariencia física.

CAPÍTULO 5. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

5.1. DIAGNÓSTICO DE SALUD

La tabla 5.1 presenta las variables de salud por género y tramos de edad. Para controlar el aumento del error tipo I por múltiples comparaciones, se consideró $\alpha = 0.001$. Los niveles de significación entre 0.05 y 0.001 se consideraron como tendencias.

Tabla 5.1. Medidas de salud por sexo y grupos de edad

Medidas de salud y CVRS	Total (n = 499)	Género (*)		Edad (**)		
		Hombre (n = 204)	Mujer (n = 295)	65-74 (n = 247)	75-84 (n = 179)	85 y más (n = 73)
N° de enfermedades		0.007		0.001		
M ± DT	2.92 ± 2.02	0.63 ± 1.70	3.12 ± 2.19	2.44 ± 1.55	3.32 ± 2.48	3.55 ± 1.78
Mediana	2.00	2.00	3.00	2.00	3.00	3.00
Índice de Comorbilidad (ICM)		0.007		<0.001		
M ± DT	9.03 ± 6.10	7.92 ± 5.60	9.79 ± 6.32	7.30 ± 5.46	10.28 ± 6.50	11.78 ± 5.42
Mediana	8.00	8.00	9.00	7.00	9.00	12.00
Índice de Barthel (IB)		0.018		<0.001		
M ± DT	96.09 ± 9.42	97.70 ± 5.80	94.98 ± 11.14	97.95 ± 5.73	95.34 ± 11.25	91.71 ± 12.42
Mediana	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Escala de independencia funcional (EIF)		<0.001		<0.001		
M ± DT	65.24 ± 6.65	64.05 ± 6.79	66.08 ± 6.43	66.33 ± 5.61	64.60 ± 7.41	62.95 ± 7.34
Mediana	69.00	69.00	69.00	69.00	69.00	66.00
HADS-Depresión		NS		<0.001		
M ± DT	3.80 ± 3.69	3.49 ± 3.55	4.01 ± 3.77	2.91 ± 3.50	4.38 ± 3.59	5.38 ± 3.75
Mediana	3.00	2.00	3.00	2.00	4.00	5.00
EQ-5D últimos 12 meses (EQ-5D-12)		0.023		<0.001		
M ± DT	2.04 ± 0.52	1.98 ± 0.52	2.09 ± 0.52	1.94 ± 0.48	2.11 ± 0.54	2.25 ± 0.55
Mediana	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
EQ-5D EVA (EQ-5D-EVA)		0.004		<0.001		
M ± DT	67.29 ± 16.13	69.59	65.69	71.77 ± 14.55	63.99 ± 16.32	60.25 ± 16.47
Mediana	70.00	70.00	65.00	70.00	65.00	60.00
EQ-5D Tarifa Temporal (EQ-5D-TT)		0.004		<0.001		
M ± DT	0.86 ± 0.21	0.89 ± 0.17	0.83 ± 0.23	0.91 ± 0.16	0.82 ± 0.25	0.79 ± 0.21
Mediana	0.91	1.00	0.88	1.00	0.88	0.86
Valoración estado de salud percibido		0.005		<0.001		
M ± DT	3.74 ± 0.78	3.87 ± 0.75	3.36 ± 0.79	3.89 ± 0.69	3.63 ± 0.85	3.55 ± 0.84
Mediana	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
Satisfacción estado salud general		NS		NS		
M ± DT	3.97 ± 0.83	4.03 ± 0.77	3.93 ± 0.86	4.03 ± 0.80	3.94 ± 0.85	3.85 ± 0.86
Mediana	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00

Notas. * Mann-Whitney. ** Kruskal-Wallis. M ± DT = Media ± Desviación Típica. NS = No Significativo

5.2. ÍNDICE DE COMORBILIDAD (ICM)

La figura 5.1 muestra las condiciones médicas indicadas por los entrevistados por género.

El número medio de enfermedades que padecen los mayores participantes en el estudio es de 2.9 ± 2.0 (rango: 1-19). El ICM medio resulta 9.0 ± 6.1 (rango: 0-32). El número de enfermedades y el ICM son significativamente más elevados en mujeres que en hombres (Mann-Whitney, $p = 0.007$ para las dos variables), aun controlando por la influencia de la edad (tabla 5.1.). Por otra parte, el número de enfermedades y el ICM aumentan progresivamente con los tramos de edad (Kruskal-Wallis, $p < 0.001$ para las dos variables), pero la interacción entre edad y género no resulta significativa (figura 5.2.).

Figura 5.1. Enfermedades que declara padecer en la actualidad, por género

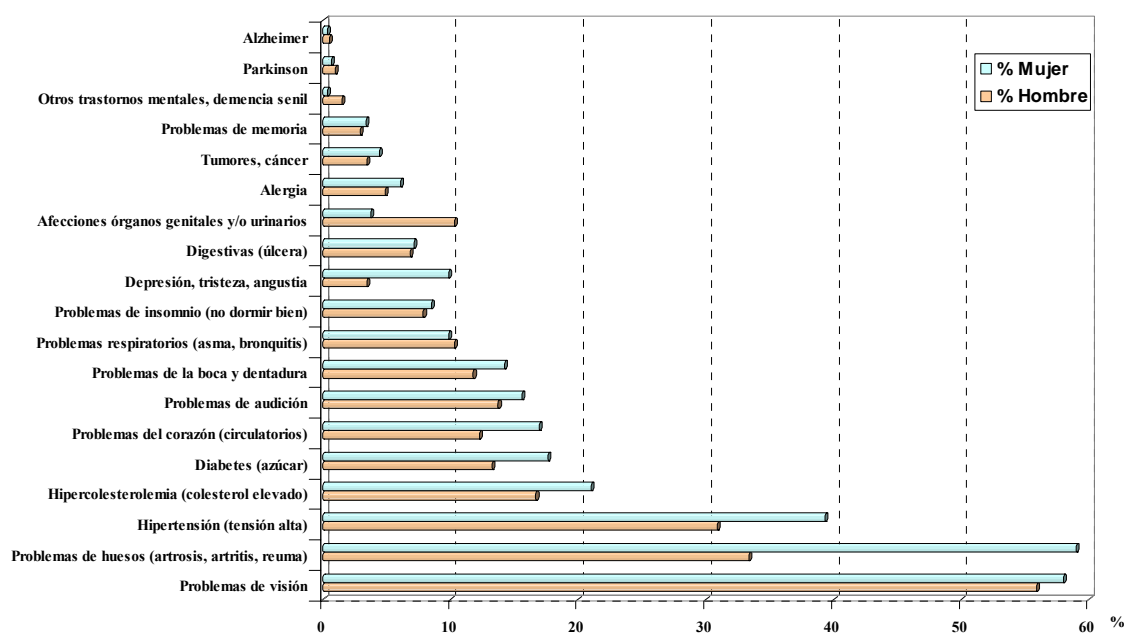
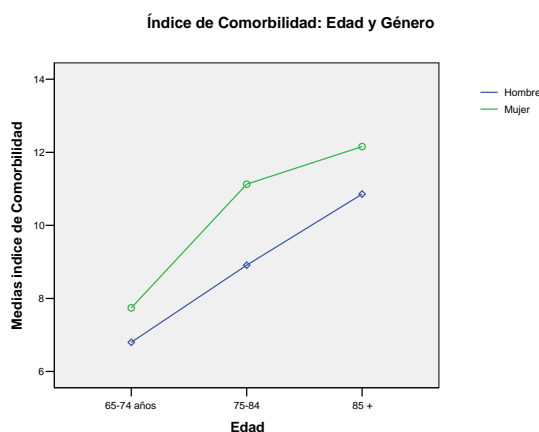


Figura 5.2. ICM por edad ($p < 0.001$) y género ($p = 0.007$)



El ICM muestra una asociación moderada con la edad ($r = 0.31$), con el Índice de Barthel IB ($r = -0.37$), con la Escala de Independencia Funcional EIF ($r = -0.24$) y con la Escala HADS-Depresión ($r = 0.35$), pero alta con el EQ-5D-TT ($r = -0.55$) y con el estado de salud actual EQ-5D-EVA ($r = -0.50$) (todos, $p < 0.0001$). La correlación también fue moderada con la auto-valoración del estado de salud ($r_s = -0.46$) y la satisfacción con la salud ($r_s = -0.36$) ($p < 0.0001$).

5.3. MEDIDAS DE DISCAPACIDAD: ÍNDICE DE BARTHEL (IB) Y ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (EIF)

Como denota la distribución de las puntuaciones del IB (Tabla 5.2.), la situación funcional de la población encuestada es muy satisfactoria. Se establecieron categorías de discapacidad por tramos de

puntuación del IB (100-80 = No discapacidad o mínima; 75-60= Leve; 55-40 Moderada; 35-0 = Grave). Según esta división, el 95.4% de la muestra no presenta discapacidad alguna y tan solo 1.0% se encuentra en situación de discapacidad moderada o grave.

La EIF muestra resultados congruentes con los del IB. Más del 60% de la muestra se sitúa en la puntuación indicativa de máxima autonomía para todas las tareas diarias y sólo 0.5% requieren ayuda para todas ellas. La correlación entre ambas medidas, IB y EIF, es alta ($r = 0.54$, $p < 0.0001$).

Tabla 5.2. Frecuencias de los ítems que componen el Índice de Barthel (IB)

		Puntuación de los ítems	Casos	%
Comer	Independiente	10	488	97.99
	Necesita ayuda	5	9	1.81
	Dependiente	0	1	0.20
Lavarse	Independiente	5	469	94.37
	Dependiente	0	28	5.63
Vestirse	Independiente	10	472	94.78
	Necesita ayuda	5	24	4.82
	Dependiente	0	2	0.40
Arreglarse	Independiente	5	492	99.39
	Dependiente	0	3	0.61
Deposiciones	Continente	10	475	95.38
	Incontinencia ocasional	5	19	3.82
	Incontinente	0	4	0.80
Micción	Continente	10	475	95.77
	Incontinencia ocasional	5	14	2.82
	Incontinente	0	7	1.41
Usar el retrete	Independiente	10	484	97.38
	Necesita ayuda	5	7	1.41
	Dependiente	0	6	1.21
Trasladarse	Independiente	15	424	85.14
	Minima ayuda	10	38	7.63
	Gran ayuda	5	35	7.03
	Dependiente	0	1	0.20
Deambular	Independiente	15	442	88.76
	Necesita ayuda	10	28	5.62
	Independiente en silla de ruedas	5	27	5.42
	Dependiente	0	1	0.20
Escalones	Independiente	10	462	92.77
	Necesita ayuda	5	32	6.43
	Dependiente	0	4	0.80

En mujeres la tendencia observada es a un menor grado de independencia y a un IB más bajo (menor capacidad funcional) que en varones (Mann-Whitney, $p = 0.020$ y $p = 0.018$, respectivamente). Esta tendencia se mantiene incluso cuando se controla por la edad. Por otra parte, los tramos de mayor edad presentan significativamente menores puntuaciones en el IB (Figura 5.3.), indicando una menor capacidad funcional (Kruskal-Wallis, $p < 0.001$). En la EIF se observa una interacción estadísticamente significativa entre edad y género [$F(2) = 6.18$, $p = 0.002$], de forma que en el grupo de los hombres el nivel de independencia se mantiene con la edad, y baja entre las mujeres (figura 5.3.).

En la tabla 5.3. se muestran los coeficientes de correlación de las dos medidas de discapacidad con las otras variables de salud, indicando una asociación moderada entre todas ellas ($p < 0.0001$).

Figura 5.3. IB por edad ($p < 0.001$) y género ($p = 0.018$) y EIF por edad ($p < 0.001$) y género ($p < 0.001$)

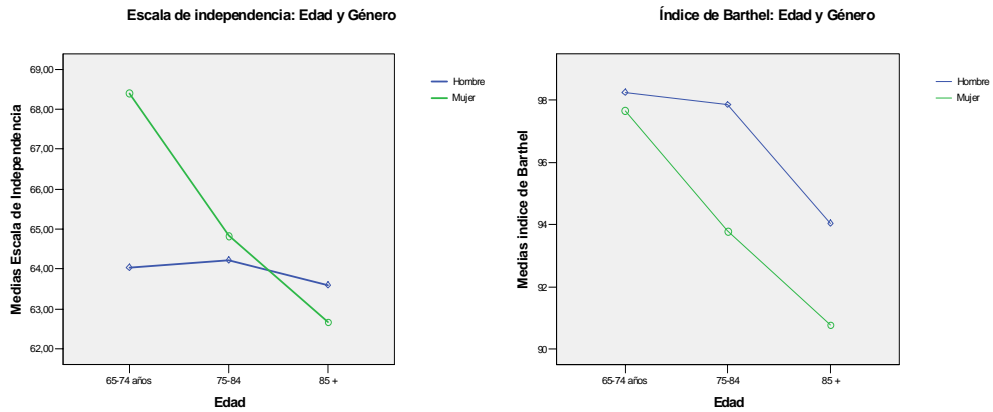


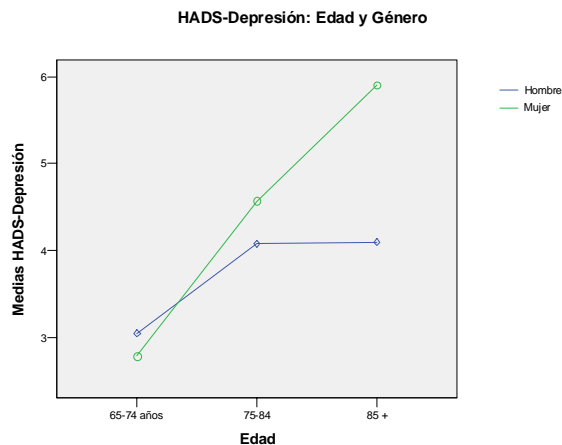
Tabla 5.3. Correlaciones entre las medidas de discapacidad y otras variables de salud

	IB	EIF
ICM	-0.37	-0.24
HADS-Depresión	-0.32	-0.34
EQ-5D-TT	0.44	0.36
EQ-5D-EVA	0.30	0.31

5.4. DEPRESIÓN: HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, SUBESCALA DE DEPRESIÓN (HADS-DEPRESIÓN)

El valor medio de la escala HADS-Depresión es de 3.8 ± 3.7 puntos. Considerando puntuaciones ≥ 11 como casos con depresión y 8-10 puntos como casos dudosos, 26 personas (5.3%) tienen puntuaciones indicativas de depresión y 60 (12.2%) son casos dudosos. Por tanto, 82.5% de los sujetos encuestados están libres de depresión. El número de casos de depresión es significativamente diferente por tramos de edad ($\chi^2(4) = 21.88, p < 0.001$), observándose un mayor número de casos sin depresión (44.5% del total) en el tramo más joven.

Figura 5.4. HADS-Depresión por edad ($p < 0.001$) y género ($p = \text{NS}$)



El nivel de depresión aumenta significativamente con la edad (Kruskal-Wallis, $p < 0.001$), pero la diferencia por género no es significativa ni para la muestra global, ni en cada grupo de edad por separado. Existe una asociación significativa, aunque de magnitud moderada, entre edad y depresión ($r = 0.30$, $p < 0.001$). La figura 5.4. presenta los niveles de depresión por edad y género.

La correlación de la HADS-Depresión con las medidas de ICM, IB y EIF es moderada ($|r| = 0.32 - 0.35$; $p < 0.0001$), así como con las medidas del EuroQoL, EQ-5D-TT y EQ-5D-EVA, aunque el valor de los coeficientes es superior para estas variables ($r = -0.50$ y -0.45 , respectivamente; $p < 0.0001$).

Los pacientes con depresión según la HADS-Depresión (puntuación ≥ 11 ; $n = 26$) presentaron mayor comorbilidad, discapacidad y peor CVRS en comparación con los pacientes no deprimidos o dudosos.

Tabla 5.4. Diferencias en variables de salud entre el grupo de personas deprimidas y no deprimidas, según el HADS-Depresión

	Deprimidos	No deprimidos	p*
ICM	15.50 \pm 6.84	8.70 \pm 5.87	<0.0001
IB	85.00 \pm 19.29	69.70 \pm 8.17	<0.0001
EIF	59.14 \pm 11.43	65.55 \pm 6.16	<0.0001
EQ-5D-TT	0.53 \pm 0.27	0.87 \pm 0.20	<0.0001
EQ-5D-EVA	51.35 \pm 16.01	68.27 \pm 15.70	<0.0001

* t-test no pareado

5.5. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Para valorar la CVRS se aplicó el EuroQoL-5D y sus medidas. En la tabla 5.5 se muestra el porcentaje de sujetos que puntuaron en cada nivel de las dimensiones incluidas en esta medida.

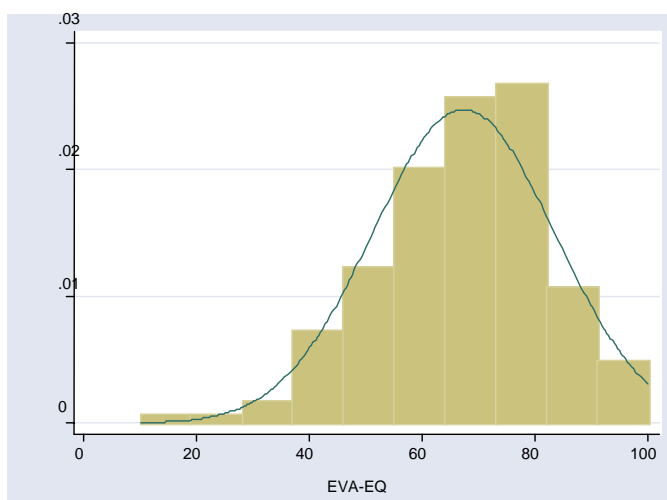
Tabla 5.5. Distribución de los ítems del EQ-5D

Ítems investigados	Puntuación de los ítems	N	%
Movilidad	1	374	75.25
	2	123	24.75
	3	0	0.0
Cuidado personal	1	462	92.96
	2	34	6.84
	3	1	0.20
Actividades cotidianas	1	403	84.49
	2	71	14.88
	3	3	0.63
Dolor/ malestar	1	273	54.93
	2	196	39.44
	3	28	5.63
Ansiedad/ depresión	1	397	80.04
	2	91	18.35
	3	8	1.61

Entre los dominios del EQ-5D, el dolor/malestar es el más prevalente, afectando al 45% de la muestra, mientras que el 93% de los entrevistados no tiene problemas para su cuidado personal. El valor de la CVRS en la muestra, utilizando las tarifas poblacionales obtenidas por equivalencia temporal (EQ-5D-TT), es 0.86 ± 0.21 (siendo 1 = la mejor CVRS posible). Tres individuos presentan valores inferiores a 0, situación que indica una valoración del estado de salud “peor que la muerte”. Los tres combinan mucho dolor o malestar, puntuación 10 a 14 en la HADS-Depresión, discapacidad grave en el IB y/o dependencia total en la EIF.

El estado de salud global en el día de la entrevista, EQ-5D-EVA, resulta 67.3 ± 16.1 (rango: 10 – 100), con el 90% de los sujetos situados por encima del nivel de 50 (figura 5.5).

Figura 5.5. Distribución del EQ-5D-EVA



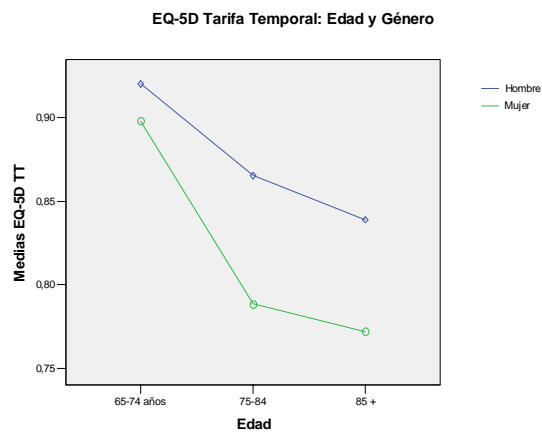
En cuanto a la evolución del estado de salud en los últimos 12 meses, EQ-5D-12, un 72.6% (N = 361) refiere que su estado de salud es igual, un 11.5% que es mejor (N = 57) y un 15.9% (N = 79) que es peor.

Las tres medidas derivadas del EQ-5D (EQ-5D-12, EQ-5D-EVA, EQ-5D-TT) muestran diferencias significativas por tramos de edad, indicando un descenso progresivo de la CVRS con la edad (Kruskall-Wallis, $p < 0.001$ para las tres comparaciones). La relación entre CVRS y edad también se confirma por la correlación ($r_s = -0.25, -0.30$ y 0.23 , para EQ-5D-TT, EQ-5D-EVA y EQ-5D-12, respectivamente; $p < 0.001$).

Se observa también una tendencia a que las mujeres presenten un peor estado de salud percibido que los hombres (Mann-Whitney, $p = 0.004$ para EQ-5D-TT, $p = 0.023$ para EQ-5D-12 y $p = 0.004$ para

EQ-5D-EVA), aún controlando por la edad. La figura 5.6 presenta las medias del EQ-5D-TT por género y edad, en la que un mayor valor indica una mejor CVRS. Aunque la interacción no sea significativa, la diferencia de la CVRS entre hombres y mujeres parece aumentar con la edad. Este mismo patrón se repite con las otras medidas del EQ-5D (EQ-5D-EVA y EQ-5D-12).

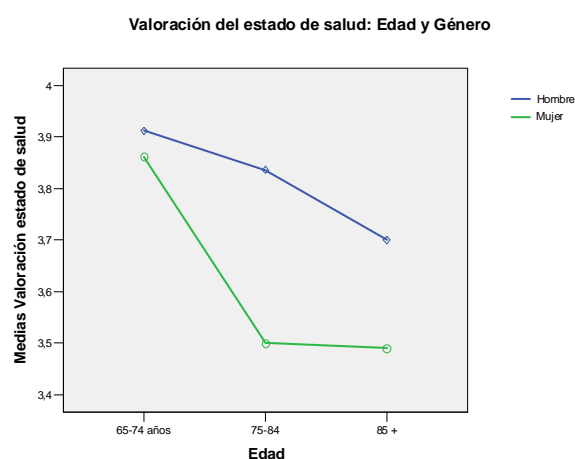
Figura 5.6. EQ-5D-TT por edad ($p < 0.001$) y género ($p = 0.004$)



5.6. VARIABLES DE SALUD SUBJETIVA

Se pidió a los mayores que valorasen su estado de salud general en una escala de 5 puntos (1 = salud muy mala; 5 = muy buena). El nivel medio de la valoración del estado de salud es de 3.7 ± 0.8 (salud regular a buena). La valoración del estado de salud es significativamente diferente por género y por tramos de edad. Así, las mujeres valoran su salud peor que los hombres (Mann-Whitney, $p = 0.005$). Además, los encuestados más mayores ofrecen una peor valoración de su salud que el tramo más joven (Kruskal-Wallis, $p = 0.001$). No se observa una interacción significativa (figura 5.7).

Figura 5.7. Valoración del estado de salud por edad ($p = 0.001$) y género ($p = 0.005$)



Por otra parte, la satisfacción media con la salud es de 4.0 ± 0.8 (bastante satisfecho/a), sin diferencias estadísticas significativas por género o tramos de edad.

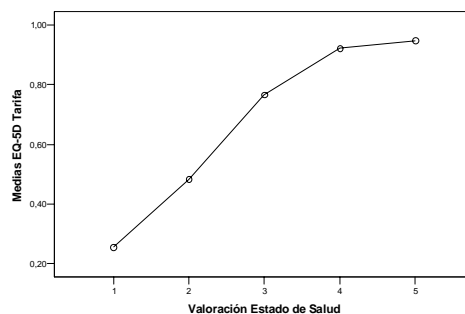
La Tabla 5.6. presenta los coeficientes de correlación entre las variables subjetivas de salud y el resto de las variables utilizadas para la evaluación de la salud y la CVRS.

Tabla 5.6. Correlaciones (Spearman) entre las variables subjetivas y objetivas de salud y CVRS

	ICM	HADS-Depresión	IB	EIF	EQ-5D-TT	EQ-5D-EVA
Valoración del estado de salud	-0.45	-0.39	0.28	0.30	0.53	0.60
Satisfacción con la salud	-0.36	-0.40	0.26	0.23	0.42	0.37

Se observan correlaciones moderadas y altas, destacando especialmente las existentes entre la valoración del estado de salud y las medidas del EQ-5D. Por otra parte, la CVRS, medida por la variable EQ-5D-TT, aumenta progresivamente con la valoración del estado de salud (Kruskal-Wallis, $p = 0.001$, figura 5.8).

Figura 5.8. EQ-5D-TT por nivel de valoración del estado de salud (Kruskal-Wallis, $p = 0.001$)



5.7. FACTORES DETERMINANTES DE LA CVRS

Con la intención de explorar la relación entre los componentes del EQ-5D y las otras medidas relacionadas con la salud, se presenta la matriz de correlaciones de la tabla 5.7.

Tabla 5.7. Correlaciones entre las medidas del EQ-5D y las demás variables de salud objetiva

EQ-5D (*)	ICM	HADS-Depresión	IB	EIF (***)				
				CP	TD	MC	ME	Tot
Movilidad	0.44	0.39	-0.38	-0.43	-0.26	-0.46	-0.54	-0.32
Cuidado personal	0.22	0.29	-0.37	-0.42	-0.26	-0.44	-0.35	-0.30
Actividades cotidianas	0.32	0.42	-0.35	-0.40	-0.34	-0.43	-0.41	-0.37
Dolor/ malestar	0.49	0.38	-0.23	-0.33	-0.22	-0.28	-0.35	-0.27
Ansiedad/ depresión	0.27	0.32	-0.18	-0.24	-0.01	-0.14	-0.22	-0.27
EQ-5D-TT**	-0.55	-0.50	0.45	0.51	0.15	0.42	0.49	0.36
EQ-5D-EVA**	-0.50	-0.45	0.30	0.37	0.20	0.30	0.38	0.31

(*) Spearman r

(**) Pearson r

(***) CP: Cuidado personal; TD: Tareas domésticas; MC: Movilidad en el interior de la casa; ME: Movilidad hacia el exterior.

Para estudiar los factores que más influyen en la CVRS, medida a través del EQ-5D-TT, se analiza un modelo de regresión lineal múltiple en pasos sucesivos (tabla 5.8). Se seleccionan como variables dependientes aquéllas con una relación conceptual y correlacional con el EQ-5D-TT: género (0 = hombre; 1 = mujer); edad, ICM, IB, EIF y HADS-Depresión. El modelo final se compone de 4 variables, explica un 42.9% de la varianza (R^2 corregida) y es estadísticamente significativo [$F(4) = 83.85$, $p < 0.001$]. Se observa asociación entre mayor CVRS y menor ICM ($\beta = -0.40$, $p < 0.001$), menor HADS-Depresión ($\beta = -0.30$, $p < 0.001$), más elevada puntuación EIF ($\beta = 0.18$, $p < 0.001$) y sexo masculino ($\beta = -0.07$, $p = 0.004$). Aunque estadísticamente significativa, la aportación de la variable género es muy pequeña. La edad y la situación funcional medida por el IB no resultan estadísticamente significativos en el modelo de CVRS.

Tabla 5.8. Factores asociados a la CVRS, medida a través del EQ-5D-TT (modelo de regresión lineal múltiple en pasos sucesivos)

Variable dependiente EQ-5D-TT	Beta no estandarizado	Error típico del Beta estandarizado	Beta estandarizado	t	Sig.
(Constante)	0.71	0.083		8.58	< 0,001
ICM	-0.01	0.001	-0.4	-10.4	< 0,001
HADS-Depresión	-0.02	0.002	-0.3	-7.5	< 0,001
EIF	0.01	0.001	0.18	4.51	< 0,001
Género (0 = hombre; 1 = mujer)	-0.03	0.015	-0.07	-2.01	0.045

Todo ello sugiere que más que la edad, son las condiciones de comorbilidad, depresión e independencia para AVDs en general, y por este orden, las variables que más influyen, cuando aparecen, en el deterioro de la CVRS.

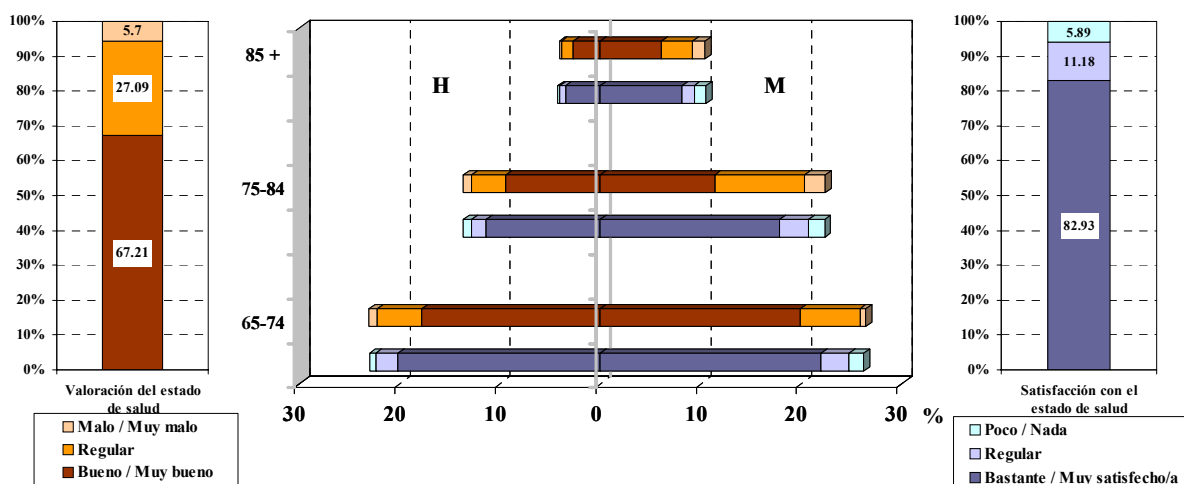
CAPÍTULO 6. EL COMPONENTE SOCIOSANITARIO DE LA SALUD COMO DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

6.1. SALUD PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN CON LA SALUD

La autovaloración del estado de salud y su nivel de satisfacción son importantes indicadores subjetivos de la dimensión de salud en los estudios de CdV. En el caso presente, la muestra corresponde a personas mayores no institucionalizadas, relativamente sanas: prácticamente 7 de cada 10 han valorado su salud como buena y muy buena.

Sin embargo, no se trata de una población homogénea, sino que existen diferencias en la salud subjetiva de acuerdo con las características sociodemográficas (figura 6.1). De este modo, se registra una valoración más positiva del estado de salud entre los hombres que entre las mujeres, en línea con los datos nacionales sobre el Estado de Salud (Abellán García, 2004).

Figura 6.1. Salud subjetiva por edad y sexo



Con relación a la edad, el grupo de 65 a 75 años presenta los porcentajes más elevados de salud percibida buena y muy buena, alcanzando un 76% y, en el extremo opuesto, entre los más mayores (85 y más años) se encuentran los valores más altos de estado de salud malo y muy malo, si bien representan menos del 10%. En lo que se refiere a la clase social, en la muestra se detecta una tendencia creciente de las valoraciones positivas conforme se avanza desde la clase social más baja (56%) hasta la media alta (77%), aunque en la clase alta se interrumpe con un descenso en el porcentaje de mayores que describen su salud como buena y muy buena (68%).

Un hallazgo destacable es la diferencia observada entre las dos variables subjetivas del estado de salud tratadas en este capítulo. La pregunta formulada en cada caso está orientada a obtener distinta

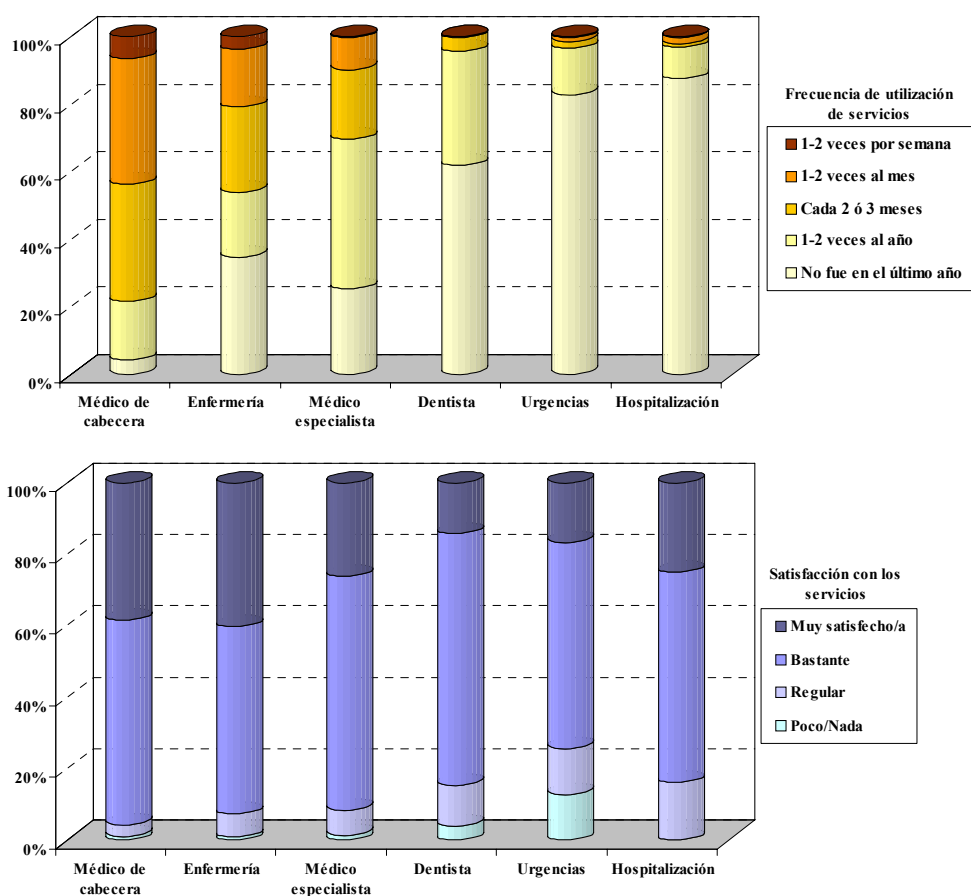
información: ¿cómo valora su estado de salud? y ¿podría decirme cuál es su grado de satisfacción respecto a su estado de salud en general?, puesto que se ha descrito que la satisfacción con la salud ofrece resultados más positivos que los encontrados en la salud percibida (Michalos *et al.*, 2000), y ello puede mejorar el balance final de la CdV global. Efectivamente, las mejores evaluaciones de satisfacción sobrepasan en 16 puntos porcentuales a las mejores evaluaciones en percepción de salud, pudiendo afirmarse entonces, que esta población refiere una satisfacción elevada con su salud a pesar de percibir su propia salud en términos relativamente peores. Al considerar las categorías de las variables sociodemográficas de sexo, edad y clase social se produce asimismo un incremento de personas que se encuentran bastante y muy satisfechas con su salud, respecto a quienes la valoraron como buena y muy buena, mejorando la satisfacción entre los hombres y los más jóvenes, como se ha visto al comentar la percepción de la salud.

6.2. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

La utilización de servicios sanitarios es otro indicador de salud de gran importancia, con un especial interés en el uso que realiza la población mayor, que representa el principal grupo consumidor de servicios de salud entre los adultos en España (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2000), con un aumento considerable de la demanda en las edades más avanzadas. Las características del área de estudio, la Comunidad de Madrid, le otorgan un lugar central en la provisión de servicios. Este hecho, sumado a la universalidad del sistema de salud español (con limitaciones en la cobertura mental, farmacológica y dental) (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2000), debería traducirse en una favorable accesibilidad a los servicios de atención primaria, especializada, de urgencias y hospitalización.

Entre los diferentes tipos de servicios, la consulta al médico de cabecera ocupa el primer lugar en el acceso durante el último año: prácticamente la totalidad de los mayores encuestados visita al médico, seguido por el médico especialista y enfermería, con un 75% y un 65% del total de la muestra, respectivamente. Algo más de una tercera parte acude al dentista y los menores valores en el uso anual de servicios corresponden a las urgencias y la hospitalización, que atraen un 17% y 12%, cada uno (figura 6.2).

Figura 6.2. Utilización de servicios sanitarios: frecuencia de uso y satisfacción



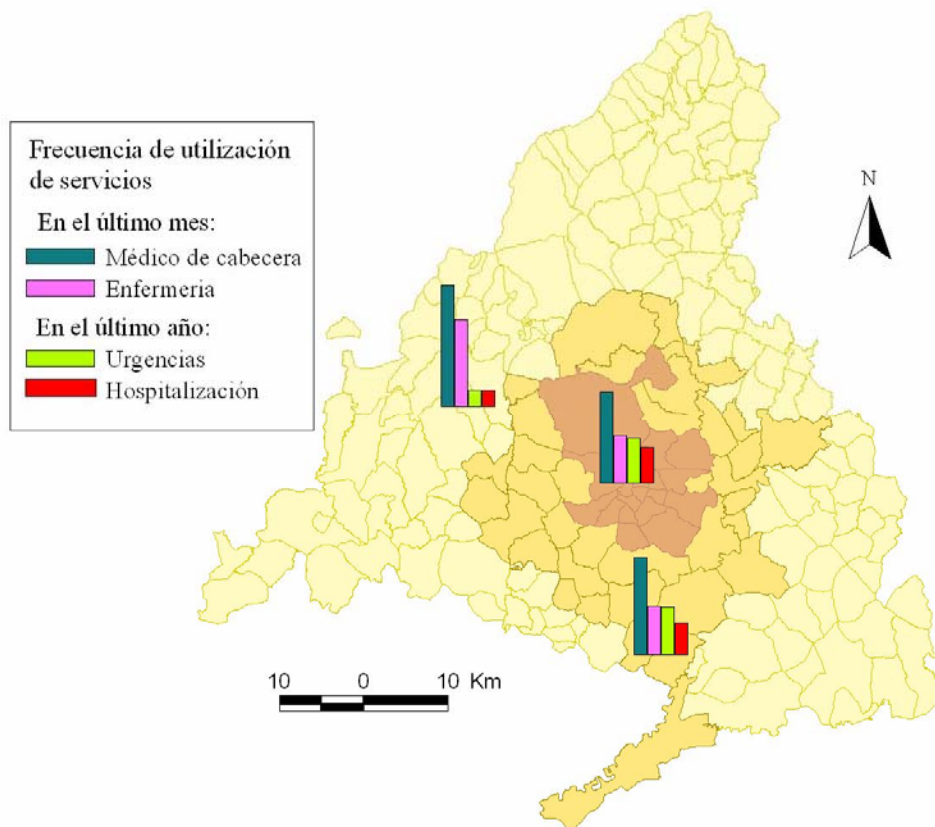
A esta información objetiva hay que agregar la subjetiva de nivel de satisfacción con los servicios mencionados. La gran mayoría de los mayores expresa una alta satisfacción con todos ellos, especialmente con el médico de cabecera y la enfermería. La menor valoración relativa se refiere en cambio a urgencias, respecto a la cual 7 de cada 10 personas declaran, no obstante, sentirse bastante y muy satisfechos (figura 6.2).

La contribución por sexo en el total de población que utiliza cada servicio, muestra un mayor número de mujeres en cada uno de ellos, y constituye el 59% de la muestra frente al 41% de los hombres. Pero, además, uno de los resultados obtenidos en este estudio se refiere a las diferencias significativas encontradas en la frecuencia de visita al médico de cabecera por grupos de edad y sexo. En concordancia con estudios previos, las mujeres acuden más que los hombres (a lo largo del último año) lo que parece estar asociado a valores más negativos en el estado de salud percibido (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2003).

En cuanto a la edad, la frecuencia de uso se incrementa progresivamente con los años. Así, entre los viejos jóvenes acude un 37%, entre las personas de 75 a 84 años un 49%, y en el grupo de edad de 85 y más el porcentaje supera el 50%. Asimismo, la hospitalización presenta en la muestra un claro aumento con la edad.

La accesibilidad a los servicios sanitarios parece mostrar diferencias de acuerdo al área en la que se habita (figura 6.3). La utilización de servicios de enfermería en el último mes es de 39% entre la población que reside en municipios no metropolitanos y desciende hasta el 20% entre los residentes en la capital. Un comportamiento similar puede apreciarse en relación con la consulta al médico de cabecera y, por el contrario, un proceso inverso se observa con las urgencias y la hospitalización, por lo que podría suponerse que la ubicación central de los servicios hospitalarios influye sobre su uso, y quizás la atención primaria asume funciones fuera del área metropolitana que evitarían el acceso a urgencias, como otra puerta de entrada al sistema de salud, y la hospitalización.

Figura 6.3. Frecuencia de utilización de servicios sanitarios por zona de residencia (municipio de Madrid, área metropolitana y resto de municipios)



La relación entre el uso de servicios y las variables subjetivas de salud ha permitido observar destacadas diferencias en la frecuencia de utilización de acuerdo con las categorías del estado de salud percibido y de los niveles de satisfacción con la salud. Un claro ejemplo de ello es la visita al médico especialista, al apreciarse porcentajes superiores al 40% de mayores que no acuden en el último año entre quienes presentan valoraciones y niveles de satisfacción altos con su salud. En el extremo opuesto, una mayor frecuencia de consultas al médico especialista está ligada a niveles bajos de valoración y satisfacción con la salud. En el caso de las urgencias y la hospitalización, las diferencias se acentúan notablemente, registrándose un uso progresivo de dichos servicios conforme la salud subjetiva empeora.

La estrecha relación entre acceso y utilización de servicios de salud y percepción y satisfacción con la salud, como indicadores de necesidad, más intensa cuando se trata de servicios de urgencia y hospitalarios, ya descrita y modelizada para el caso español (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2000), es un aspecto de enorme importancia que ha de ser considerado en la planificación de la oferta, su distribución y prestación de servicios específicos para la población servida, con la finalidad de incrementar la CdV, con notable interés en este subgrupo demográfico de especial vulnerabilidad en este contexto sociosanitario (Pozo *et. al.*, 2001).

6.3. EL APOYO SOCIAL: RECEPCIÓN DE AYUDA SEGÚN NIVEL DE COMPETENCIA

La dimensión sociosanitaria como aspecto clave en la CdV de la población mayor, ha despertado un interés creciente en los últimos años, del mismo modo que se han elevado los esfuerzos por lograr una más efectiva coordinación entre el apoyo sanitario y social. Este apartado se centra especialmente en el análisis de la recepción de ayuda de la población estudiada, con el objeto de conocer el perfil sociodemográfico y de nivel de competencia de la población receptora de ayuda tanto formal como informal.

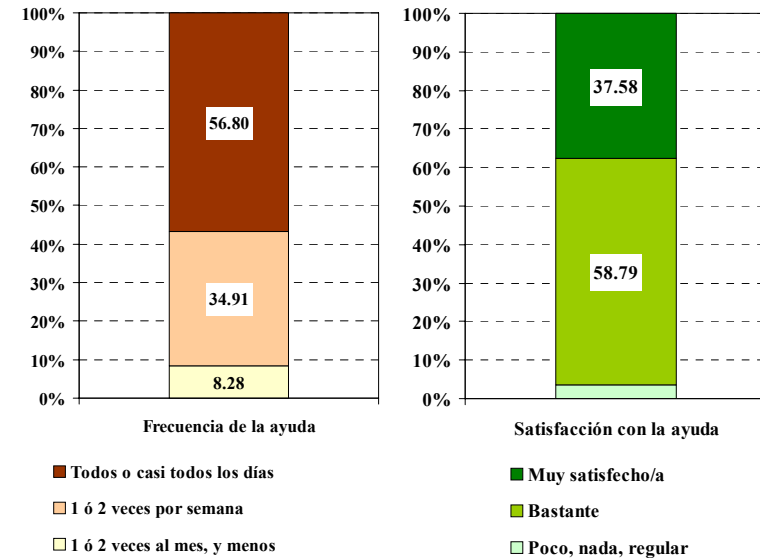
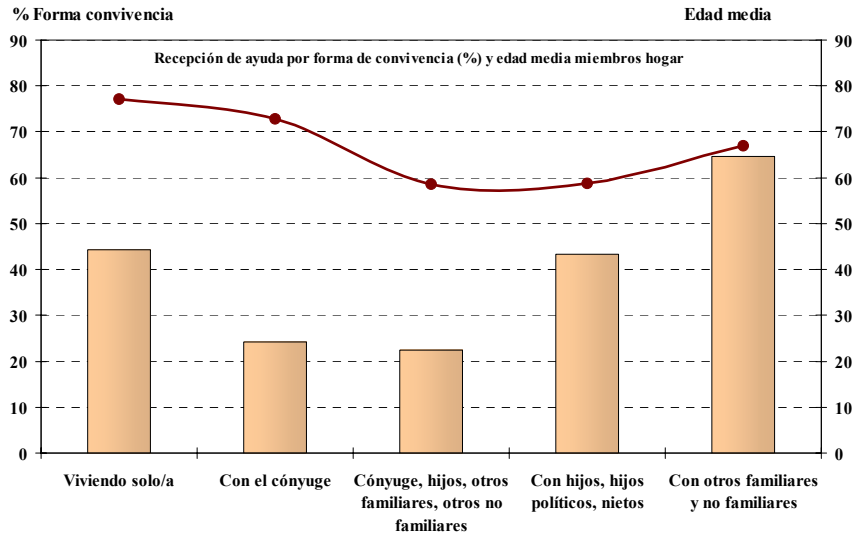
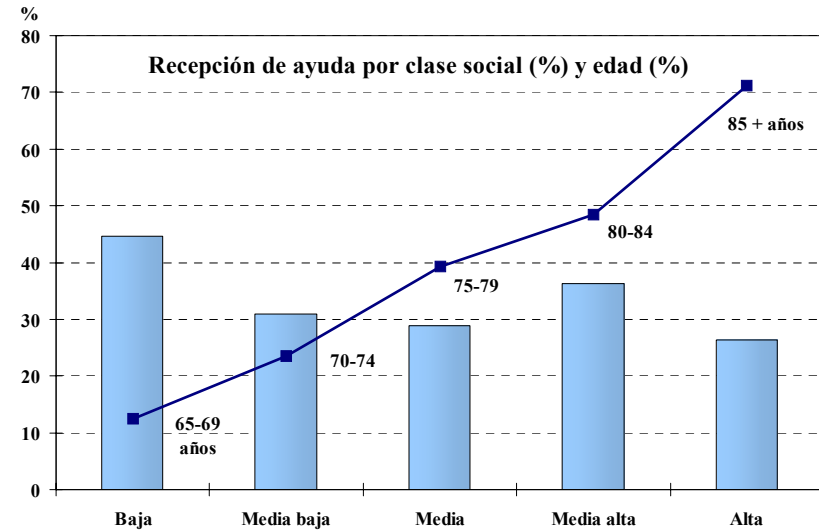
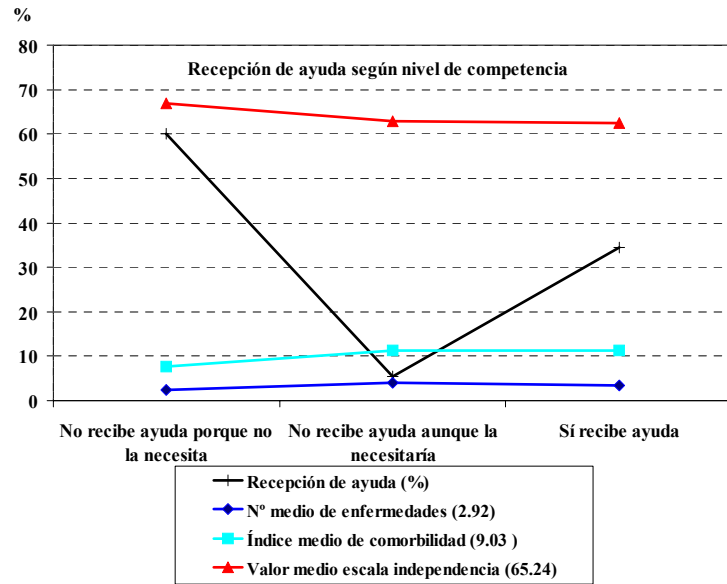
En la figura 6.4 puede observarse la recepción de ayuda de familiares, amigos, empleados, vecinos, conocidos, etc., respecto a distintos parámetros sociodemográficos y de nivel de competencia (expresado mediante las variables número medio de enfermedades padecidas, índice medio de comorbilidad y valor medio de la escala de independencia). Así, las personas que no necesitan ayuda suman un 60% y cuentan con los valores más bajos de número de enfermedades, de índice de comorbilidad y, por tanto, gozan de

una mayor independencia. Por el contrario, quienes sí reciben ayuda alcanzan un 35% de los entrevistados y, como era de esperar, presentan niveles superiores en las variables de morbilidad e inferiores en la escala de independencia. El grupo menos numeroso corresponde a los mayores que necesitan ayuda pero no la reciben (5%), que a su vez cuentan con el menor nivel de competencia, es decir, con una mayor dependencia y vulnerabilidad relativas. Debe recordarse que la encuesta ha sido dirigida a personas no institucionalizadas, lo que reduce la posibilidad de encontrar población con problemas de dependencia (Fernández-Mayoralas y Rodríguez, 1995).

Con respecto a la edad, se observa una clara relación entre envejecimiento y recepción de ayuda. Así, puede apreciarse la proporción creciente con la edad, de personas mayores que reciben ayuda, puesta de manifiesto por un lado, en la baja proporción de mayores más jóvenes que la reciben, y, por otro, en el grupo de mayores de 84 años, en el que 7 de cada 10 personas son destinatarios de ayuda, lo que indica una relativa pérdida de autonomía y un aumento de la dependencia a medida que se envejece (Rojo *et al.* 2002).

La misma figura refleja la relación entre ayuda y clase social. En la población estudiada se observa que los mayores en la clase social más baja presentan el porcentaje más alto de recepción de ayuda, mientras que, por el contrario, sólo un 26% de quienes pertenecen a la clase alta son receptores de ayuda. La clase social constituye un determinante social de la salud y, por extensión, podría decirse que también de la independencia y la CdV. Según la Organización Mundial de la Salud, las circunstancias sociales y económicas afectan a la salud a lo largo de la vida, y el nivel educativo y la condición socioeconómica, variables que han sido utilizadas para el cálculo de la clase social en este trabajo, son consideradas determinantes sociales clave de la salud (World Health Organisation, 2003). Según la forma de convivencia entre aquellas personas de la muestra que residen con su cónyuge y/o con otras personas, la recepción de ayuda es menor (inferior a una cuarta parte en cada caso) (véase figura 6.4). El número de receptores de apoyo se duplica en el grupo de quienes viven solos, como también en los mayores que habitan con sus hijos y sus nietos. Pero la convivencia con otros parientes distintos a los ya mencionados, o con personas externas a la familia, destaca considerablemente sobre las demás, porque un porcentaje superior al 50% de los mayores de este grupo recibe ayuda, sugiriendo al mismo tiempo un mayor apoyo de cuidadores no familiares que viven en el mismo hogar.

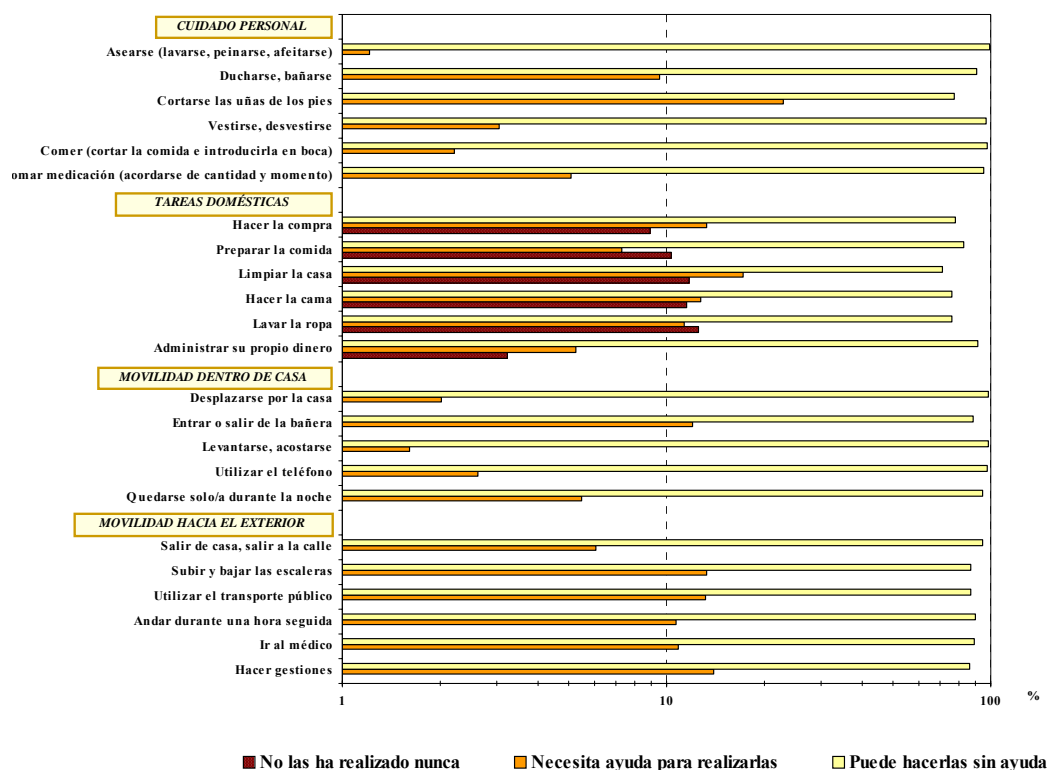
Figura 6.4. Recepción de ayuda de familiares, amigos y otros, según características sociodemográficas y de nivel de competencia del receptor



Finalmente, debe señalarse que más de la mitad de los mayores receptores de ayuda la reciben casi todos los días o con una frecuencia diaria; en cambio sólo un 8% es beneficiaria con una frecuencia semanal a mensual (figura 6.4).

Pero ¿para qué tipo de actividades de la vida cotidiana demandan los mayores ayuda? De la clasificación de las AVDs en cuidado personal, tareas domésticas, movilidad dentro de la casa y movilidad hacia al exterior (figura 6.5), destaca la necesidad de ayuda para cortarse las uñas de los pies (20% de los casos); entrar o salir de la bañera, dentro de la tipología de actividades de movilidad dentro de la casa; hacer gestiones, subir y bajar escaleras y utilizar el transporte público son las que más ayuda requieren en el tipo de actividades de movilidad hacia el exterior. Por último, en cuanto a las actividades domésticas sobresale la elevada proporción de mayores que declaran no haberlas realizado nunca, y la ayuda es requerida para hacer la compra, limpiar la casa y hacer la cama.

Figura 6.5. Grado de realización de actividades de la vida diaria (escala logarítmica)



Puesto que el apoyo social es uno de los principales componentes de la CdV, es necesario conocer el nivel de satisfacción de la población de estudio con esta dimensión. Para ello se pidió a las personas encuestadas que se posicionaran en una escala de satisfacción de “nada satisfecho/a” a “muy

satisfecho/a”, resultando una amplia mayoría con valoraciones positivas, mientras que el resto, tan sólo el 2.4%, valora negativamente el apoyo recibido (figura 6.4).

El conocimiento de las características sociodemográficas, del hogar y la salud de las personas mayores en relación con el apoyo social, así como la valoración que ellos hacen de la ayuda recibida, es esencial para contribuir al mejoramiento y adaptación del sistema sociosanitario a una población que ha alcanzado una elevada esperanza de vida, y por tanto un notable aumento del número de personas en edades superiores a 80 años, que constituyen el grupo poblacional en el que se concentra la mayor parte de las situaciones de dependencia, tal como ha puesto de manifiesto el Libro Blanco de la Dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

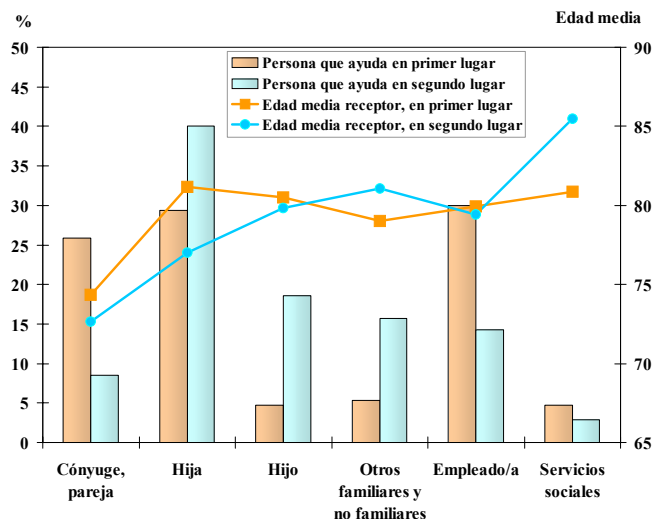
6.4. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA PROVISIÓN DE CUIDADOS A LOS MAYORES

Como se ha visto anteriormente, 8 de cada 10 encuestados menciona la red familiar como una de las cinco dimensiones más importantes de su vida, ya sea por la red de relaciones o la fuerza y apoyo que ello puede suponer. Considerando la vulnerabilidad o fragilidad que acontece con la edad, la familia juega un papel relevante al examinar la provisión de cuidados a los mayores; a este tipo de cuidados procedentes de la familia se les ha venido denominando “apoyo informal” y “cuidados de larga duración”, tanto en la literatura internacional como en la nacional (Colectivo IOE *et al.*, 1995; Campo Ladero, 2000; Yanguas Lezaun *et al.*, 2001; National Institute on Aging, 2004; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005), reservando el término “apoyo formal” a la demanda de cuidado bajo contrato y a la proveniente de instituciones públicas o privadas.

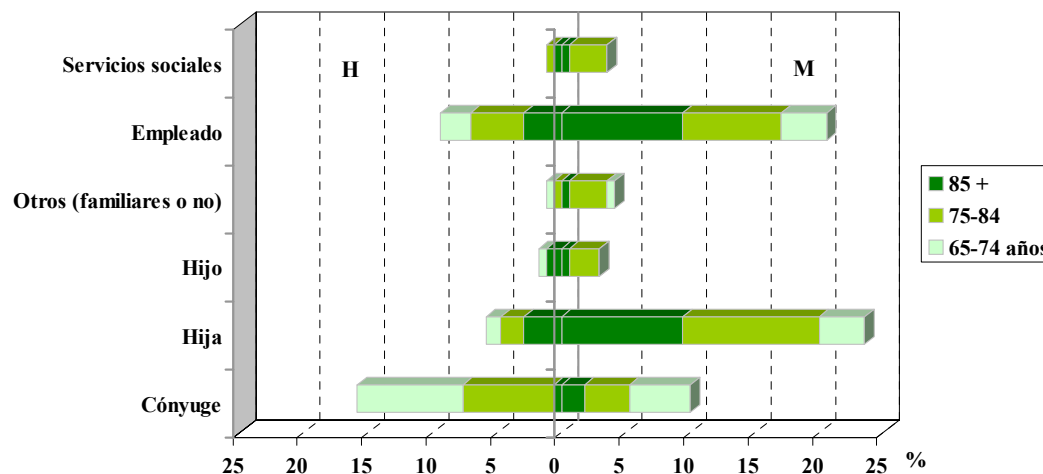
En España, la familia, y dentro de ella la mujer, ha sido tradicionalmente, y sigue siendo, la institución primordial que se hace cargo de los mayores cuando sus capacidades físicas se deterioran y la realización de las AVDs se ve limitada; y, además, la familia, y especialmente los hijos/as, suele ser la opción elegida por los mayores para ser cuidados en caso de necesidad, como así ha sido corroborado en otras encuestas (IMSERSO-CIS, 2004). En el caso de los mayores de la Comunidad de Madrid, la mayoría de los que refieren necesitar ayuda cuentan con un cuidador principal, que suele ser la hija o el cónyuge, como miembros de la familia (figura 6.6), destacando el relevante papel de la figura del empleado. En general, las mujeres reciben más ayuda, sobre todo de hijas y empleados, mientras que los

Figura 6.6. Recepción de ayuda de familiares, amigos y otros, según la persona que ayuda; y utilización de servicios sociosanitarios

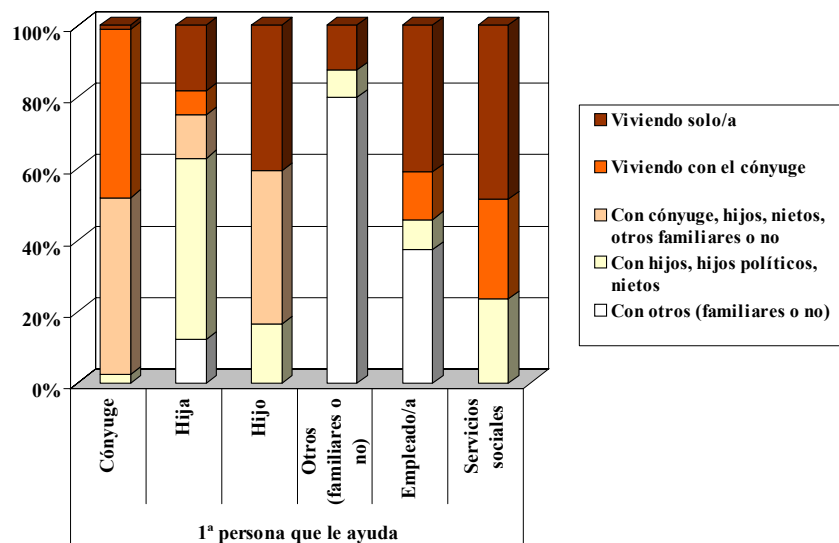
Persona que ayuda en primer o segundo lugar y edad media del receptor



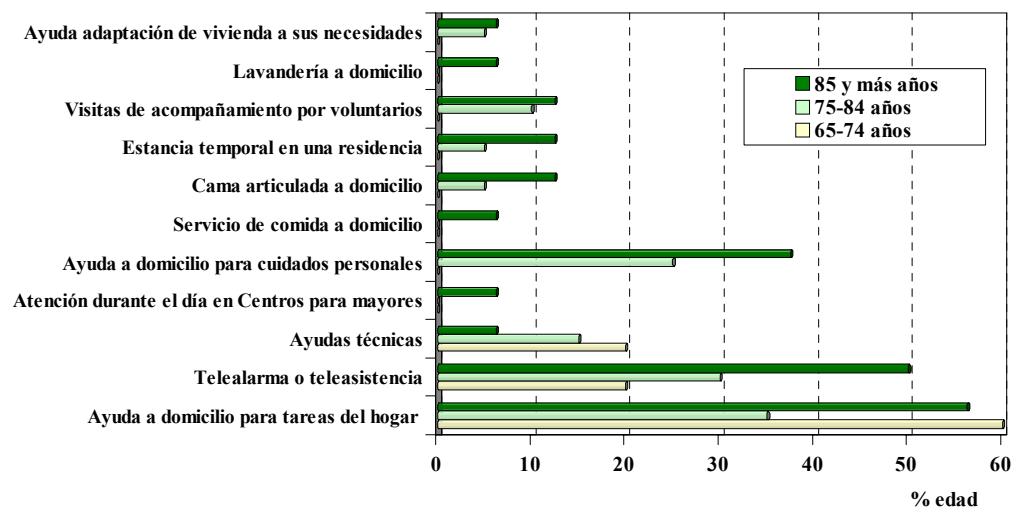
Persona que ayuda en primer lugar por género y edad del receptor



Primera persona que ayuda, según forma de convivencia del receptor de la ayuda



Utilización de servicios sociosanitarios de instituciones públicas por grupo de edad



hombres la reciben de su cónyuge. A medida que avanza la edad disminuye la participación del cónyuge cuidador, y aumenta la de otros miembros de la familia, sobre todo de hijas, pero también de empleados.

Un 41% de los mayores que reciben ayuda dispone también de un segundo cuidador; en este último caso la ayuda recae más frecuentemente en la hija, seguida a distancia del hijo y otras personas (otros familiares, vecinos, portero, amigos y empleados). La existencia de un segundo cuidador aumenta con la edad media de las personas mayores, siendo otros familiares, así como empleados y servicios sociales, las ayudas complementarias más importantes cuando la edad media de los mayores dependientes está por encima de los 80 años. Estos resultados están en la línea de otros realizados en España, donde el perfil típico del cuidador es el de una mujer de entre 50 y 60 años, madre de familia y ama de casa que dedica muchas horas al día a cuidar (Durán, 1997; Yanguas Lezaun *et al.*, 2001; Pérez Díaz, 2003; Pérez Ortiz, 2003).

En cuanto a la forma de convivencia, la persona mayor y su cuidador suelen vivir en el mismo hogar de forma permanente (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005). Como se aprecia en la figura 6.6, la forma de convivencia se asocia con la figura del cuidador, de manera que quienes viven solos reciben ayuda procedente, sobre todo, de servicios sociales y empleados; quienes viven en pareja declaran recibir ayuda de su cónyuge, en mayor medida, y los que conviven bajo estructuras familiares más amplias refieren recibir ayuda de hijos y otros familiares.

Las responsabilidades familiares se siguen manteniendo en la actualidad, pero no son tan fuertes como en el pasado (Reher, 1997). El estado de bienestar ha permitido que algunas de las responsabilidades de la familia para con los mayores sean atendidas por instituciones públicas y privadas. En el caso de este estudio son muy pocos los mayores que utilizan este tipo de servicios sociosanitarios, apenas el 8.2%, destacando la ayuda a domicilio para tareas domésticas y para el cuidado personal, y la telealarma o teleasistencia, como los servicios sociosanitarios más utilizados por las personas de edad, sobre todo por los mayores de 75 años (figura 6.6). Hay que señalar el elevado uso de la ayuda a domicilio para las tareas domésticas por los viejos-jóvenes, posiblemente debido a que éstos viven de forma autónoma, por lo que sólo precisan de cierto apoyo para realizar las AVDs.

En resumen, se observa que la mayor parte del cuidado sigue siendo asumida por las familias; sin embargo, los agentes están cambiando. Las dos terceras partes de los mayores que necesitan ayuda para la

realización de AVDs la reciben de un miembro de su familia, hijas, cónyuges, hijos, nueras, nietos y otros familiares, pero hay que destacar el relevante papel que está alcanzando el personal contratado.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES. APLICABILIDAD DE LA EXPERIENCIA

La CdV es un constructo global que se sustenta sobre múltiples y variadas dimensiones o áreas, interrelacionadas de manera compleja y dinámica, y que albergan tanto condiciones objetivas de la vida como las valoraciones que los individuos realizan sobre aquéllas, siendo deseables, por tanto, aproximaciones multidimensionales y multidisciplinarias.

Desde esta perspectiva global y multidimensional de la CdV, en el trabajo que concluye, pero no finaliza, se ha pretendido analizar de forma específica la salud y su componente sociosanitario, como dimensión fundamental de la CdV de la población mayor. Esta dimensión es una de las 19 áreas identificadas de forma espontánea por la población estudiada, que conforma básicamente su CdV sobre cinco de ellas: salud, red familiar, situación económica, red social y ocio-tiempo libre, pues llegan a recoger 3/4 partes de la contribución a la construcción del índice SEIQoL de CdV global. Más aún, las dos primeras, salud y familia, contribuyen casi a la mitad de la CdV global evaluada por los mayores mediante este instrumento.

En un análisis de regresión lineal múltiple, destinado a explicar el índice SEIQoL, que incluye variables objetivas y subjetivas representativas de las 5 dimensiones básicas, así como de características demográficas y personales de los individuos, destacan como factores predictores de mayor relevancia en la CdV global aquéllos relacionados con un envejecimiento exitoso, tanto en lo social (ocio, amistad, posición en la sociedad) como en lo económico y en la salud, a lo que se une el papel del “sentido espiritual de la vida”, como elemento destacado de la CdV en la vejez (Baker, 2003; Coleman, 2005; Koenig, 2006).

La utilización de un instrumento de CdV que permite la evaluación compleja de las diferentes áreas, así como su participación en la CdV, mediante identificación, satisfacción y ponderación realizadas por los propios individuos, en un procedimiento no inducido por el investigador, es una de las aportaciones metodológicas de este trabajo. El uso sistemático de este instrumento, u otros semejantes capaces de recoger la riqueza y complejidad del constructo CdV, facilitaría la realización tanto de análisis comparativos transversales, de las condiciones de vida en la vejez según áreas geográficas y tipos de población según su nivel de competencia, así como de estudios longitudinales de la población según envejece, en el supuesto de que el proceso de envejecimiento contextualiza las expectativas y los mayores

incluyen los mismos componentes que los adultos más jóvenes, aunque con cambios en la importancia relativa de los mismos.

El grupo demográfico estudiado es representativo de la población de 65 y más años de edad residente en vivienda familiar en la Comunidad Autónoma de Madrid; la mayoría se localiza en áreas urbanas, pero comparte muchos rasgos demográficos con la población mayor española (Rojó *et al.*, 2005): edad media avanzada, presencia mayoritaria de mujeres, residiendo en hogares pequeños, determinado por la forma de convivencia en soledad o con la pareja, como resultado de la presencia de casados y viudos. Quizás la diferencia más importante respecto al conjunto de mayores españoles venga dada por su relativamente más alto nivel de estudios y, en consecuencia, de su clase social. En este sentido, otra aportación metodológica ha sido precisamente la generación de un procedimiento para el cálculo de la clase social basado en el nivel de instrucción y la condición socioeconómica, que ha permitido que las personas que nunca trabajaron, como es el caso de buena parte de las mujeres en este grupo etario, puedan ser clasificadas. La validación del procedimiento será objeto de publicación aparte.

Corroborando la teoría de la *compresión de la morbilidad*, esto es, un escenario en el que se incrementaría la proporción de mayores envejeciendo saludablemente (Browne *et al.*, 1994), los resultados del “diagnóstico de salud” realizado sobre esta población, con 65 y más años y no institucionalizada, muestran que se trata de individuos en buen estado de salud, evidenciado por un número de padecimientos o enfermedades relativamente bajo (media = 3), una situación funcional global muy buena (el 95.4% no presenta ningún tipo de discapacidad) y una frecuencia baja de casos de depresión (5.3%). Además, dos tercios de los encuestados valoran su estado de salud como bueno / muy bueno y el 83.0% declaran estar muy satisfechos con su estado de salud general. En concordancia con estos hallazgos, se obtiene también una valoración positiva de la CVRS. Por edad y sexo, los más viejos y las mujeres presentan una peor salud: sufren un número de enfermedades más elevado, tienen un mayor índice de comorbilidad, peor estado funcional, más depresión y peor CVRS. Respecto a lo anterior, se destaca también otra contribución adicional, el establecimiento de una relación entre la CVRS, medida por un instrumento estandarizado, y la valoración y satisfacción con la salud, medidas directamente por dos preguntas auto-referidas. Los resultados de los dos tipos de medidas fueron congruentes.

Una aportación metodológica más de esta investigación ha sido el diseño de una escala de independencia funcional (EIF) que ha mostrado su utilidad para estudios de este tipo, aunque todavía ha de ser validada en individuos con diversos grados de discapacidad (estudio en marcha). Los resultados preliminares son satisfactorios y serán objeto de publicación aparte. El estado funcional medido con la esta escala, junto con el índice de comorbilidad (ICM) y la depresión (HADS-depresión) resultaron factores determinantes de la CVRS, en consonancia con estudios previos (Bowling, 2005; Forjaz y Martínez-Martín, 2006). La identificación de los determinantes de la CVRS permite diseñar intervenciones preventivas y correctoras orientadas a mantener y mejorar la percepción de la salud global de los mayores. Por ejemplo, intervenciones dirigidas a compensar o neutralizar deficiencias sensoriales o a mejorar la movilidad (eliminación de cataratas, lentes correctoras, aplicación de audífonos, andadores, fisioterapia, etc.), o a elevar el estado anímico (tratamiento antidepresivo), son actuaciones directas que impactan positivamente sobre la CVRS, en particular, y la CdV global de los mayores. Los hallazgos diferenciales en tramos de edad y género son importantes para aplicar estrategias específicas destinadas a reducir las desigualdades entre grupos.

El buen “diagnóstico de salud” de esta población rompe con la imagen de homogeneidad asociada con declive físico o mental, dependencia y pérdida de autonomía e inadaptación usualmente atribuida a los mayores. Y no sólo se trata de es una población con un buen estado general de salud, sino que también así lo valora y, más aún, se siente bastante satisfecha con el estado de salud que percibe. No obstante, en línea con las condiciones objetivas, tanto la percepción como la satisfacción de y con la salud, es más positiva entre los viejos más jóvenes y los hombres. Estos indicadores de salud revelan, además, diferencias basadas en parámetros heredados de su vida como jóvenes y adultos, como lo es la clase social, generada aquí a partir del nivel de instrucción y la condición socioeconómica. Así, valoraciones más positivas las realizan los mayores conforme se incrementa su clase social.

En cuanto a la accesibilidad a servicios sanitarios, el presente estudio constituye también un aporte para la doble aproximación objetiva-subjetiva y sus influencias mutuas, al confirmar, de nuevo, diferencias en la frecuencia de uso con respecto a la salud percibida, pero asimismo respecto a la satisfacción con el estado de salud, como indicadores de necesidad. En este sentido, la relevancia de la inclusión de elementos objetivos y subjetivos en la evaluación y planificación de servicios sanitarios para

la población mayor se evidencia, una vez más, en la investigación en salud y CdV. Además, aunque la representatividad de la muestra a escala de Comunidad Autónoma no permite inferir conclusiones a escalas locales, un hallazgo a considerar, también en estudios destinados a localización y oferta de servicios sanitarios específicos, tiene que ver con las diferencias observadas en la utilización de acuerdo al área de residencia, detectándose un mayor uso de servicios de urgencia y hospitalarios entre los mayores que residen en la capital y su área metropolitana, mientras que en el resto no metropolitano destaca la atención primaria recibida a través de su médico de cabecera o el servicio de enfermería.

Otras necesidades detectadas en el estudio trascienden lo puramente sanitario, y tienen que ver con la oportunidad de los mayores de recibir apoyo para envejecer en casa manteniéndose en situación de autonomía e independencia y, en definitiva, con lo que se conoce como cuidado sociosanitario. A pesar de que la encuesta se dirigió a población no institucionalizada y que se encuentra en buena salud relativa, 4 de cada 10 mayores refirió necesitar ayuda para realizar AVDs, sobre todo relativas a movilidad dentro y fuera de casa, así como tareas domésticas que también requieren un esfuerzo de movilidad. Una parte de ellos, el 5% de la población entrevistada, no ve satisfecha esa necesidad de ayuda, siendo, además, quienes más la necesitan por alcanzar un menor nivel de competencia. Alzando ambas cifras al conjunto de los mayores de la Comunidad de Madrid, se trataría de cerca de 380,000 mayores en situación de necesidad de ayuda, de los cuales, alrededor de 48,000 no la recibirían. En la expresión de la demanda sociosanitaria, así como en la cobertura de la misma, junto con la edad y el sexo destacan, como parámetros diferenciadores, tanto la forma de convivencia como la clase social. De manera que la heterogeneidad del grupo de mayores se reproduce y culmina en una diversidad de necesidades y niveles de satisfacción que han de tenerse en cuenta en las políticas de prestación de servicios sociosanitarios.

En la cobertura primera de esa necesidad de apoyo, la familia ha sido y sigue siendo la institución que primordialmente se ocupa de los mayores, en “femenino y singular”, esto es, la mayoría de las veces mediante las esposas y/o las hijas. En los últimos años, este apoyo o ayuda informal de la familia para con sus mayores se está viendo, en cierto modo, complementado por otro tipo de ayudas y servicios sociales procedentes de instituciones públicas y privadas, así como de personas contratadas para ese fin. Tal es el caso de las residencias para mayores, de las instituciones psiquiátricas y de los distintos servicios que han sido creados para la atención personal del mayor. La existencia de estos servicios sociales no ha supuesto,

sin embargo, una ruptura con el principio de solidaridad familiar ya que, como se ha observado en este trabajo, la familia continúa responsabilizándose del cuidado de sus mayores y la utilización de servicios sociosanitarios formales o ayudas procedentes de instituciones públicas es muy limitada, disfrutando de ello poco más del 8% de los encuestados, lo que, a efectos de la Comunidad de Madrid, no alcanza las 80,000 personas con 65 y más años residentes en vivienda familiar. De manera que cabe suponer que la demanda de ayuda externa y de instituciones aumentará en un futuro, a tenor de la incorporación de la mujer al mercado laboral y en la seguridad de que el cuidado de los mayores entraña una sobrecarga para el cuidador y múltiples problemas para seguir con su vida diaria, sobre todo cuando ha de compaginarse la tarea de cuidado con el propio empleo (Yanguas et al., 2001).

La carga del cuidado y la CdV de los cuidadores, en muchos casos también personas mayores, es un tema de enorme interés social al que habría que destinar un mayor esfuerzo investigador, para proveer de herramientas para la decisión a las agencias, públicas y privadas, de planificación y provisión de servicios de apoyo sociosanitario. En este sentido, serían necesarias políticas orientadas a las familias con mayores dependientes para obtener una mayor oferta de servicios sociales y una mejor accesibilidad. Estas ayudas o servicios deberían estar orientadas desde dos puntos de vista: 1) del mayor dependiente (ayuda a domicilio, teleasistencia, ...) y 2) desde el punto de vista del cuidador (programas de formación, reducción de jornada laboral, flexibilidad horaria, ...).

Para finalizar, y como limitaciones de la investigación presentada, se destaca el tamaño relativamente reducido de la muestra para algunas comparaciones, aunque representativa de la Comunidad Autónoma en su conjunto. Por otra parte, queda por estudiar con una metodología similar una muestra representativa del colectivo de personas mayores institucionalizadas y/o con deficiencias físicas, mentales y discapacidad, prácticamente inexistentes en la población analizada en este estudio.

El diseño de la investigación más amplia en la que se enmarcan los resultados del estudio que aquí se han presentado, se considera validado para ser aplicado a cualquier escala geográfica, en el contexto cultural occidental, y una aplicación del mismo se prevé realizar sobre una muestra representativa del conjunto nacional de personas con 60 y más años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán García, A.; Fernández-Mayoralas Fernández, G.; Rodríguez Rodríguez, V. y Rojo Pérez, F. (1990). “El envejecimiento de la población y sus características sociosanitarias”. *Estudios Geográficos*, nº 199-200, p. 241-257.
- Abellán García, A.; Fernández-Mayoralas Fernández, G.; Rodríguez Rodríguez, V. y Rojo Pérez, F. (1996). *Envejecer en España. Manual Estadístico sobre el Envejecimiento de la Población*. Madrid, Fundación Caja de Madrid, 74 p.
- Abellán García, A. (2004). “Estado de Salud”. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid, IMSERSO, p. 89-204.
- Alonso J. y Ferrer, M. (2001). “Calidad de vida relacionada con la salud”. En Kulisevsky, J. y Martínez Martín, P. (Eds.). *Biblioteca Neurológica Siglo XXI. Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la SEN*. Vol. IV. Madrid, Nilo Industria Gráfica, p. 55-90.
- Badía, X.; Monserrat, S.; Roset, M. y Herdman, M. (1999). “Feasibility, validity and test-retest reliability of scaling methods for health states: the visual analogue scale and the time trade-off”. *Quality of Life Research*, Vol. 8, nº 4, p. 303-310.
- Badía Llach, X. y Martínez-Martín, P. (1999). “Quality of life measurement: interest and applications”. En Martínez-Martín, P. y Koller, K. C. (Eds.). *Quality of life in Parkinson's disease*. Barcelona, Masson, p. 17-36.
- Badía Llach, X. y García Alonso, F. (2000). “La medición de la Calidad de Vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de Investigación de Resultados en Salud”. En Badía, X. (Ed.). *La Investigación de Resultados en Salud. De la evidencia a la práctica clínica*. Barcelona, Edimac, p. 61-77.
- Badía, X.; Salameró, M. y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona, Edimac, 508 p.
- Baker, D. C. (2003). “Studies of the inner life: The impact of spirituality on quality of life”. *Quality of Life Research*, Vol. 12, nº Suplemento 1, p. 51-57.
- Baztán Cortés, J. J.; González Montalvo, J. I. y del Ser Quijano, T. (1994). Escalas de actividades de la vida diaria”. En del Ser Quijano, T y Peña-Casanova, J. (Eds.). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona, JR Prous Editores, p. 137-164.
- Bergner, M.; Bobbitt, R. A.; Pollard, W. E.; Martin, D. P.; Gilson, B. S. (1976). “The sickness impact profile: validation of a health status measure”. *Medical Care*, Vol. 14, p. 57-67.
- Birren, J. E. y Dieckmann, L. (1991). “Concepts and content of quality of life in the later years: an overview”. En Birren, J. E.; Lubben, J. E.; Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (Eds.). *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego, CA, Academic Press, p. 344-360.

- Bowling, A. (1991). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham; Philadelphia, Open University Press, 199 p. (1ª ed.).
- Bowling, A. y Brazier, J. (1995). "Quality of Life' in Social Science and Medicine". *Social Science & Medicine*, Vol. 41, nº 10, p. 1337-1338.
- Bowling, A. (1999). "Individual Quality of Life and Population Studies". En Joyce, C. R. B.; O'Boyle, C. A.; McGee, H. M. (Eds.). *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers, p. 175-184.
- Bowling, A. (2005). *Ageing well. Quality of life in old age*. Berkshire, Open University Press, 288 p.
- Browne, J. P.; O'Boyle, C. A.; McGee, H. M.; Joyce, C. R. B.; McDonald, N. J.; O'Malley, K. y Hiltbrunner, B. (1994). "Individual quality of life in the healthy elderly". *Quality of Life Research*, Vol. 3, nº 4, p. 235-244.
- Browne, J. P.; O'Boyle, C. A.; McGee, H. M.; McDonald, N. J. y Joyce, C. R. B. (1997). "Development of a direct weighting procedure for quality of life domains". *Quality of Life Research*, Vol. 6, nº 4, p. 301-309.
- Campo Ladero, M. J. (2000). *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 176p.
- Centers for Disease, Control and Prevention. (2000). *Measuring Healthy Days. Population Assessment of Health-Related Quality of Life*. Atlanta, Georgia, U.S. Department of Health and Human Services, CDC, 40 p.; <http://www.cdc.gov/nccdphp/hrqol/pdfs/mhd.pdf>
- Colectivo IOÉ; INSERSO y Centro de Investigaciones Sociológicas. (1995). *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Madrid, INSERSO, 311p.
- Coleman, P. G. (2005). "Spirituality and ageing: the health implications of religious belief and practice". *Age and Ageing*, Vol. 34, nº 4, p. 318-319.
- Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale - Adult: Manual*. Burwood, Melbourne, School of Psychology. Deakin University, 64 p. (5ª ec.).
- Cummins, R. A. (Ed.). (1998). *Quality-of-Life Definition and Terminology: A discussion document from the international Society for Quality of Life Studies*. Blacksburg, VA, The International Society for Quality-of-Life Studies, 43 p.
- Delhey, J.; Böhnke, P.; Habich, R. y Zapf, W. (2002). "Quality of life in a European Perspective: The EUROMODULE as a New Instrument for Comparative Welfare Research". *Social Indicators Research*, Vol. 58, nº 1-3, p. 163-176.
- Durán, M. A. (1997). "La investigación sobre uso del tiempo en España: algunas reflexiones metodológicas". *Revista Internacional de Sociología*, nº 18, p. 163-190.

- Farquhar, M. (1995). "Elderly people's definitions of quality of life". *Social Science & Medicine*, Vol. 41, nº 10, p. 1439-1446.
- Fayers, P. M. y Machin, D. (2000). *Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation*. Chichester, New York, John Wiley & Sons, 416 p. (1ª ed.).
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M. D. y Maciá, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 229 p.
- Fernández-Mayoralas, G. y Rodríguez, V. (1995). "La capacidad funcional de los ancianos españoles". *Revista de Gerontología*, Vol. 5, nº 1, p.16-22.
- Fernández-Mayoralas, G.; Rodríguez, V. y Rojo, F. (2000). "Health services accessibility among Spanish elderly". *Social Science and Medicine*, Vol. 50, nº 1, p. 17-26.
- Fernández-Mayoralas Fernández, G.; Rojo Pérez, F.; Abellán García, A. y Rodríguez Rodríguez, V. (2003). "Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Vol. 13, nº 1, p. 43-46.
- Fernández-Mayoralas Fernández, G. y Rojo Pérez, F. (2005). "Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación". *Territoris*. Revista del Departament de Ciències de la Terra. Segunda época. Monográfico sobre "Geografía de la Salut", 2005, nº 5, p. 117-135.
- Forjaz, M. J. y Martínez-Martin, P. (2006). "Determinantes de calidad de vida: contribución de los modelos de ecuaciones estructurales". En Martínez-Martin, P. (Ed.). *Calidad de vida en Neurología*. Madrid, Ars Medica, p.115-133.
- Frisch, W. B. (2000). "Improving Mental and Physical Health Care Through Quality of Life Therapy and Assessment". En Diener, E. y Rahtz, D. R. *Advances in quality of life theory and research*. Dordrecht; Boston, Kluwer Academic Publishers; Social Indicators Research Series, Volume 4, p. 207-241.
- Garland, J. (1993). "Environment and behaviour: A health psychology perspective". En Bond, J.; Coleman, P. y Peace, Sh. (Eds.). *Ageing in society. An introduction to social gerontology*. London, Sage, p. 133-150, (2ª ed).
- Gilhooly, M.; Gilhooly, K. y Bowling, A. (2005). "Quality of Life: meaning and measurement". En Walker, A. (Ed.). *Understanding Quality of Life in Old Age*. Maidenhead, Berkshire, England, Open University Press, p. 15-26.
- Guillén Llera, F. y García García, F. J. (2001). "El envejecimiento de la población. Consecuencias sanitarias". En Bermejo Pareja, F.; González Montalvo, J. I.; Martínez Martín, P. (Eds.). *Neurogeriatría. Temas fundamentales*. Madrid, Grupo Aula Médica, p. 3-15.

- Guyatt, G.; Feeny, D. y Patrick, D. (1993). "Measuring health-related quality of life". *Annals of Internal Medicine*, Vol. 118, nº 8, p. 622-629.
- Hair, J. F. J.; Anderson, R. E.; Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid, Pearson, Prentice Hall Iberia, 799 p. (5ª ed.).
- Hays, R. D.; Sherbourne, C. D.; Bozzette, S. A. (1996). "Pharmacoeconomics and Quality of life research beyond the randomized trials". En Spilker, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia, Lippincot-Raven Publishers, p. 155-159 (2ª ed.).
- Hickey, A.; O'Boyle, C. A.; McGee, H. M.; y Joyce, C. R. B. (1999). "The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life". En Joyce, C. R. B.; O'Boyle, C. A. y McGee, H. M. (Eds.). *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers, p. 119-133.
- IMSERSO-CIS. (2004). *Apoyo informal a mayores*. Estudio nº 4.178.
- INE. *Encuesta Nacional de Salud 2003*. <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530419.htm>
- Instituto de Estadística, Comunidad de Madrid. *Padrón Continuo de Habitantes, 2004*.
- Joyce, C. R. B.; O'Boyle, C. A. y McGee, H. M. (Eds.). (1999). *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 234 p.
- Joyce, C. R. B.; Hickey, A.; McGee, H. M. y O'Boyle, C. A. (2003). "A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL". *Quality of Life Research*, Vol. 12, nº 3, p. 275-280.
- Kaplan, R. M.; Bush, J. W. y Berry, C. C. (1976). "Health status: types of validity and the index of well-being". *Health Services Research*, Vol. 11, nº 4, p. 478-507.
- Katz, S. y Gurland, B. J. (1991). "Science of quality of life of elders: challenge and opportunity". En Birren, J. E.; Lubben, J. E.; Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (Eds.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA, Academic Press, p. 335-343.
- Koenig, H. G. (2006). "Religion, spirituality and aging". *Aging & Mental Health*, Vol. 10, nº 1, p. 1-3.
- Lassey, W. R. y Lassey, M. L. (2001). *Quality of life for older people: an international perspective*. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall, 482 p.
- Lawton, M. P. (1982). "Competence, environmental press and adaptation of older people". En Lawton, M. P.; Windley, P. G. y Byerts, T. O. (Eds.). *Aging and the environment: theoretical approaches*. New York, Springer Publishing, p. 33-59.
- Lawton, M. P. (1991). "A multidimensional view of quality of life in frail elders". En Birren, J. E.; Lubben, J. E.; Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (Eds.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA, Academic Press, p. 3-27.

- Martínez Martín, P. y Frades Payo, B. (2006). “Desarrollo de un instrumento de valoración de calidad de vida relacionada con la salud”. En Martínez Martín, P. (Ed.). *Calidad de vida en neurología*. Barcelona, Ars Medica, p. 33-48.
- Michalos, A. C. (2004). “Social Indicators Research and Health-Related Quality of Life Research”. *Social Indicators Research*, Vol. 65, nº 1, p. 27-72.
- Michalos, A. C.; Zumbo, B. D. y Hubley, A. M. (2000). “Health and the Quality of Life”. *Social Indicators Research*, Vol. 51, nº 3, p. 245-286.
- Miller, M. D.; Paradis, C. F.; Houck, P. R.; Mazumdar, S.; Stack, J. A.; Rifai, A. H.; Mulsant, B., Reynolds, C. F. 3rd. (1992). “Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale”. *Psychiatry Research*, Vol. 41, nº 3, p. 237-248.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2005). *Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1022 p.
- Mulsant, B. H.; Ganguli, M.; y Seaberg, E. C. (1997). “The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults”. *Journal of the American Geriatric Society*, Vol. 45, nº 8, p. 954-958.
- National Institute on Aging. (2004). *Long-Term Care: Choosing the Right Place*. United States, National Institute on Aging. 8p.
- Noll, H.-H. (2002). “Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture”. En Hagerty, M. R.; Vogek, J. y Møller, V. (Eds.). *Assessing quality of life and living conditions to guide national policy: the state of the art*. Dordrecht; Boston, Kluwer Academic Publishers, Serie: Social Indicators Research Vol. 11, p. 47-87.
- O'Boyle, C. A.; McGee, H. M.; Hickey, A.; Joyce, C. R. B.; Browne, J.; O'Malley, K. y Hiltbrunner, B. (1993). *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. User manual*. Dublin, Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland, 9 p. + anexos.
- Patrick, D.L. y Erickson, P. (1993). “Types of health-related quality of life assessments”. En Patrick, D.L. y Erickson, P. (Eds.). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York, Oxford University Press, p. 113-142.
- Pérez Díaz, J. (2003). “Roles de género en la vejez”. En Aracil, E.; Bastida, E.; González, G. J. y Vega, M. G. *Género y población: una perspectiva internacional*. Madrid, Ibersaf Editores, p. 17-44.
- Pérez Ortiz, L. (2003). *Envejecer en femenino. Las mujeres mayores en España a comienzos del siglo XXI*. Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 577p.

- Pozo, E.; Rojo P., F. y Fernández-Mayoralas, G. (2001). “Características sociodemográficas y forma de vida de los ancianos madrileños”. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, Vol. 21, p. 285-308.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: a Critical Introduction*. London, Sage, 286 p.
- Reher, D. S. (1997). “Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts”. *Population and Development Review*, Vol. 24, nº 2, p. 203-234.
- Rodríguez, V.; Fernández-Mayoralas, G. y Barrios, L. (1995). “Actividades de la vida diaria en población de 65 y más años (no institucionalizada)”. En Ministerio de Sanidad y Consumo. (Ed.). *Encuesta Nacional de Salud de España 1993*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, 84 p. + disquete.
- Rodríguez, V.; Fernández-Mayoralas, G. y Rojo, F. (1998). “European Retirees on the Costa del Sol: A Cross-National Comparison”. *International Journal of Population Geography*, Vol. 4, nº 2, p. 183-200.
- Rojo Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G.; Pozo Rivera, E. y Rojo Abuín, J. M. (2002). *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Col. Monografías, nº 23, 321 p.
- Rojo Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G.; Rodríguez Rodríguez, V.; Prieto Flores, M. E. y Rojo Abuín, J. M. (2005). “Condiciones residenciales de los mayores en España: espacio residencial privado vs. público”. *XIX Congreso de Geógrafos Españoles: Espacios públicos, espacios privados. Un debate sobre el territorio*, Santander (Cantabria), 16 p. (CD-Rom:\PONENCIA 1\MESA 1\1_ROJO.pdf).
- Rubenstein, L. M. (1996). “Using quality of life tests for patient diagnosis or screening, or to evaluate treatment”. En Spilker, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia, Lippincot-Raven Publishers, p. 363-374, (2ª ed.).
- Schipper, H.; Clinch, J. J. y Olweny, C. L. M. (1996). “Quality of life studies: definitions and conceptual issues”. En Spilker, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia, Lippincot-Raven Publishers, p. 11-23, (2ª ed.).
- Seed, Ph. y Lloyd, G. (1997). *Quality of Life*. London, Jessica Kingsley Publ, 218 p.
- Sétien, M. L. (1993). *Indicadores Sociales de Calidad de Vida. Un Sistema de Medición Aplicado al País Vasco*. Madrid, C.I.S. y Siglo XXI, 449 p.
- Sirgy, M. J. (Ed.). (2001). *Handbook of quality-of-life research: an ethical marketing perspective*. Dordrecht, Boston, Kluwer Academic Publishers, 458 p.
- Sirgy, M. J. (2001). “QOL in relation to elderly”. En Sirgy, M. J. (Ed.). *Handbook of quality of life research: an ethical marketing perspective*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, p. 230-342.
- Smith, A. (2000). *Researching Quality of Life of Older People: Concepts, Measures and Findings*. Keele University, Centre for Social Gerontology, Working Paper nº 7, 29 p.

- Stewart, A. L. y Sherbourne, C. D. (1996). "Measuring health-related quality of life in older and demented populations". En Spilker, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia, Lippincot-Raven Publishers, p. 819-830 (2ª ed.).
- Sullivan, M. D.; Kempen, G. I.; Van Sonderen, E. y Ormel, J. (2000). "Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly". *Quality of Life Research*, Vol. 9, nº 7, p. 801-810.
- Testa, M. A. y Simonson, D. C. (1996). "Assesment of quality-of-life outcomes". *New England Journal of Medicine*, Vol. 334, nº 13, p. 835-840.
- The EuroQol Group. (1990). "Euroqol - a new facility for the measurement of health related quality of life". *Health Policy*, Vol. 16, nº 3, p. 199-208.
- The WHOQOL Group (1995). "The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization". *Social Science & Medicine*, Vol. 41, nº 10, p. 1403-1409.
- Valderas, J. M. y Alonso, J. (2006). "Medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud: tipos y características". En Martínez-Martin, P. (Ed.). *Calidad de vida en Neurología*. Barcelona, Ars Médica, p. 19-31
- Veenhoven, R. (1996). "Happy life-expectancy: a comprehensive measure of quality-of-life in nations". *Social Indicators Research*, Vol. 39, nº 1, p. 1-58.
- Wade, D. T. y Collin, C. (1988). "The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?". *International Disability Studies*, Vol. 10, nº 2, p. 64-67.
- Ware, J. E, Jr. (1987). "Standards for validating health measures: definition and content". *Journal of Chronical Diseases*, Vol. 40, nº 6, p. 473-80.
- Williams, T. F. (1996). "Geriatrics: perspective and quality of life and care of older people". En Spilker, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia, Lippincot-Raven Publishers, p. 302-307 (2ª ed.).
- World Health Organisation. (1947). *The constitution of the World Health Organisation*. WHO Chronicle, nº 1, 29 p.
- World Health Organisation. (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Copenhagen, WHO, 32 p.
- Yanguas Lezaun, J. J.; Leturia Arrazola, F. J. y Leturia Arrazola M. (2001). *Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes*. Donostia-San Sebastián, Matia Fundazioa, 20 p.