

**Begoña Polonio López**

**FACTORES PREDICTORES DE LA  
CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS  
QUE UTILIZAN RECURSOS  
ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS**

I.S.B.N. Ediciones de la UCLM  
978-84-8427-605-0



Ediciones de la Universidad  
de Castilla-La Mancha

Cuenca, 2008

---

FACTORES PREDICTORES DE LA CALIDAD  
DE VIDA EN ANCIANOS QUE UTILIZAN  
RECURSOS ASISTENCIALES  
ESPECIALIZADOS

---

*Begoña Polonio López, 2007*

TESIS DOCTORAL





UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

---

*Factores predictores de la calidad de vida en ancianos que  
utilizan recursos asistenciales especializados*

---

*Memoria presentada por Begoña Polonio López para optar  
al título de Doctora, elaborada a partir del trabajo realizado  
bajo la dirección del Dr. José Miguel Latorre Postigo,  
en el Departamento de Psicología.*

*Programa de Doctorado de la Universidad de  
Castilla-La Mancha, bienio 2001-2003*

*A mi madre, in memoriam.*

*Por transmitirme sus ganas de vivir y descubrir el mundo.*

*Por su legado, y por inculcarme el espíritu de lucha y de superación.*

*Por todo el tiempo compartido.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los ancianos que han participado amablemente en este proyecto.

Sin ellos no estaría escribiendo ahora estas líneas.

A los Hospitales y Centros Gerontológicos que han hecho posible la realización  
de esta Tesis Doctoral.

A todos los profesionales, revisores y consultores que me han ayudado en su  
elaboración.

A mi Director de Tesis, por asumir esta ardua y, a veces, difícil tarea.

## ÍNDICE

<b>Título</b>	<b>página 001</b>
<b>Datos de la Tesis Doctoral</b>	<b>página 001</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>página 003</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>página 005</b>
<b>Índice</b>	<b>página 007</b>
<b>Resumen</b>	<b>página 009</b>
<b>Palabras clave</b>	<b>página 010</b>
<b>Introducción</b>	<b>página 011</b>
<b>Revisión de conocimientos</b>	<b>página 014</b>
Calidad de vida en la vejez	página 016
Trastornos afectivos en el anciano	página 025
Situación de discapacidad y grado de dependencia	página 036
Aspectos sociales	página 040
Características diferenciales de los recursos estudiados	página 042
Razones que justifican esta Tesis Doctoral	página 046
<b>Hipótesis de trabajo, material y método de estudio</b>	<b>página 049</b>
Hipótesis de trabajo	página 049
Participantes	página 050
Material	página 053
Procedimiento	página 073

<b>Resultados</b> _____	<b>página 077</b>
Descripción de la muestra _____	página 077
Determinantes de la calidad de vida _____	página 092
Comparación de subgrupos _____	página 097
Predictores de la calidad de vida _____	página 106
<b>Discusión</b> _____	<b>página 122</b>
¿Qué pretendíamos encontrar y qué hemos encontrado?__	página 122
¿Cómo se pueden interpretar nuestros resultados? _____	página 125
Otros hallazgos significativos _____	página 142
Reflexiones finales _____	página 146
¿Qué limitaciones tiene nuestro trabajo? _____	página 149
¿Qué líneas de investigación se pueden derivar de nuestro trabajo? _____	página 153
<b>Referencias</b> _____	<b>página 156</b>
<b>Apéndices</b> _____	<b>página 188</b>
Apéndice A _____	página 189
Apéndice B _____	página 197

## RESUMEN

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo, tanto en la investigación como en la práctica clínica, que ha surgido con un gran empuje en los últimos años como objetivo prioritario de las políticas sociales y sanitarias en todos los países occidentales. Ahora bien, determinar qué elementos forman parte del concepto y evaluarlos de manera sistemática, no es una tarea fácil.

Si a esto añadimos que en nuestro país más de 7 millones de personas tienen 65 o más años, con una tendencia al alza, de las cuales, más del 32.0% presentan alguna limitación o discapacidad y el 4.2% algún tipo de trastorno depresivo, podemos imaginar que el colectivo de personas mayores y los problemas que les afectan, supone un área de gran interés investigador (Sancho, 2005). Esta mayor supervivencia de la población, unida a una morbilidad elevada, nos conduce a pensar que, probablemente, además de un deterioro físico, también se produce un deterioro del estado de ánimo, influyendo ambos aspectos negativamente en el bienestar subjetivo.

En esta Tesis Doctoral se pretenden identificar cuáles son los factores que se asocian a la calidad de vida de los ancianos que utilizan recursos asistenciales especializados en Castilla-La Mancha. Especialmente, hemos tenido en cuenta dos aspectos que, a priori, parecen influir de manera decisiva en la percepción de bienestar y calidad de vida: el estado de discapacidad y la situación emocional en los ancianos participantes, que se caracterizan por haber tenido contacto con el sistema formal de cuidados, a nivel sanitario o social.

Se han estudiado las características de 450 ancianos que ingresaron consecutivamente durante un año en diversos dispositivos asistenciales



geriátricos, tanto sanitarios (hospital de día, unidad de media estancia hospitalaria y consulta externa), como sociales (centro de día y residencia). Se analizaron diversos aspectos en todos los ancianos participantes, recogidos mediante un protocolo que incluía datos sobre la situación clínica y de discapacidad, la situación afectiva y social y la calidad de vida. Para facilitar la sistematización de la recogida de datos y del trabajo, se diseñó un cuestionario con tal propósito y se utilizaron diversos instrumentos de evaluación estandarizados.

El diseño de la investigación es transversal, prospectivo y de carácter aplicado, descriptivo en la primera fase y analítico en la segunda, y se llevó a cabo en un hospital monográfico de geriatría, un hospital general con servicio de geriatría, un centro de día y una residencia de ancianos.

Entre las principales conclusiones que hemos obtenido, podemos destacar que se confirma que la discapacidad física, el estado de ánimo deprimido, la polifarmacia y el dolor, son factores que influyen de manera determinante en la percepción subjetiva de la calidad de vida del anciano. La calidad de vida relacionada con la salud, no ha mostrado asociaciones de interés, a excepción de la edad, que se ha asociado positivamente a la misma.

Nos parece necesario incorporar este tipo de medidas a la valoración geriátrica integral, como información complementaria del resto de áreas que se contemplan habitualmente en ella, así como instrumento para el control y evaluación del estado del paciente, para seleccionar tratamientos y controlar sus efectos, para conocer la percepción de salud del sujeto y para la toma de decisiones respecto a las políticas sanitarias y sociales y a la provisión de recursos.

---

**PALABRAS CLAVE:** ANCIANO / CALIDAD DE VIDA / ESTADO DE ÁNIMO / DISCAPACIDAD FÍSICA / PGC / SF-36 / GDS / IB / ECRF

---

## 1. INTRODUCCIÓN

Vivimos en un entorno envejecido en el que la esperanza de vida es cada vez mayor, y esta tendencia, lejos de invertirse, se mantiene en todos los países europeos y occidentales. Ahora bien, una vez constatado que el tópico de "añadir años a la vida", es una realidad, tendremos que pensar en abordar la segunda parte del mismo, es decir, la de "añadir vida a los años". Y es ahí, donde la investigación sobre calidad de vida irrumpe de un modo absoluto.

En este sentido, podríamos hacernos algunas preguntas, como por ejemplo, ¿qué podemos hacer para llegar a una edad avanzada disfrutando de bienestar psicofísico y social? ¿cómo nuestro estilo de vida influye en nuestra esperanza de vida? y ¿cómo podríamos hacer que éste proporcionara mayor calidad a esos últimos años? o, más genéricamente, ¿cómo se puede mejorar la calidad de vida de las personas mayores?

Estas y otras preguntas han llevado a científicos sociales y del comportamiento de todo el mundo a interesarse por las cuestiones del envejecimiento que pueden contribuir al bienestar de las personas mayores. Según Fernández-Ballesteros (2004) la importancia del estudio de la calidad de vida y los factores que contribuyen a mejorarla o a predecir su pérdida, se están convirtiendo en aspectos esenciales en la investigación y en la práctica clínica actual, así como en objetivo prioritario, no sólo de las políticas sociales y sanitarias, sino también en la meta del estado de bienestar.

Si asociamos este concepto con uno de los grupos de edad más numerosos de nuestro país, podemos hacernos una idea de la importancia que adquiere la calidad de vida. En España, más de 7.300.000 personas tienen 65 ó más años (INE, 2005a), de las cuales más del 32.0% presenta alguna limitación o discapacidad (IMSERSO, 2005a; INE, 1999) y el 4.2% (Sancho, 2005) algún

tipo de trastorno depresivo. Si contemplamos estos datos generales, podemos suponer que todos los aspectos relacionados con este colectivo que nos ayuden a mejorar su grado de bienestar subjetivo, su calidad de vida, su estado de ánimo y los cuidados de salud que se le proporcionan, deben ser objetivos fundamentales de conocimiento e implementación de servicios.

Aunque el concepto de calidad de vida no es nuevo, es evidente que en las últimas décadas se ha popularizado, convirtiéndose en una idea central hacia la que se orientan la investigación, los servicios y los cuidados. De las escasas 100 referencias de finales de los años 70 encontradas en las grandes bases de datos de literatura científica, hemos pasado a las más de 10.000 de finales de los noventa (Sancho y Vega, 2004) y a las casi 100.000 que nosotros hemos encontrado en el proceso de revisión bibliográfica realizado para este trabajo en 2006. Ello nos indica la importancia progresiva a nivel académico y asistencial que está adquiriendo el término. Además de este incremento del número de referencias a la calidad de vida, también podemos observar una influencia progresiva del concepto en la perspectiva holística de la salud, que tiende a concebirse en términos de "calidad", más que de "cantidad".

Por otro lado, en estos primeros años del siglo XXI, se manejan constructos psicológicos como por ejemplo, envejecimiento exitoso, bienestar subjetivo o satisfacción vital, asociados frecuentemente con el concepto de calidad de vida. Ahora bien, aunque esto es cierto, no podemos afirmar que la calidad de vida tenga un significado objetivo y unidimensional, sino todo lo contrario. Nos hallamos ante una percepción subjetiva, personal y multidimensional, que está influenciada por aspectos económicos, sociales, de salud y discapacidad y, evidentemente afectivos, que son únicos para cada persona.

Aunque no es objeto de esta Tesis Doctoral definir la calidad de vida en el anciano, sí es preciso que nos aproximemos a las diferentes conceptualizaciones

que diversos autores, desde variadas perspectivas, han hecho a lo largo del tiempo, y que analicemos la importancia relativa que ésta tiene en nuestro entorno. Esto lo haremos en la revisión del estado de la cuestión que se presenta en el siguiente apartado de la Tesis.

No obstante lo anterior, podemos afirmar que, en este momento de la vida, aparecen numerosas enfermedades y discapacidades, se producen importantes pérdidas, personales y de seres queridos, los roles sociales se ven afectados negativamente o perdidos y se produce un declinar en todas las funciones. Por todo ello, es razonable pensar que el grado de discapacidad y el estado de ánimo y los factores constitutivos del mismo, pueden contribuir, positiva o negativamente, a que el anciano mantenga elevados grados de bienestar y calidad de vida. Más adelante estudiaremos el grado de dependencia que caracteriza a la población de más de 65 años en España, así como el estado de ánimo y sus trastornos en el anciano, tomando como referente la depresión, ya que es el diagnóstico más prevalente de este grupo de edad dentro de los considerados trastornos afectivos, aunque también se considera que está infradiagnosticada e infratratada (López, 2001).

Nuestra intención al iniciar esta Tesis Doctoral fue la de analizar con profundidad las relaciones existentes entre algunos de los elementos que, presumiblemente, constituyen el eje central de esa entidad compleja que se ha denominado calidad de vida; entre otras variables clínicas y sociales, estudiaremos cómo el grado de discapacidad y el estado de ánimo deprimido, están influyendo en la percepción que el anciano tiene de su bienestar y calidad de vida, así como qué dimensiones de estas variables se muestran como mejores predictores del bienestar en esta etapa de la vida, en la que, es evidente que existen múltiples condicionantes de la misma que se deben tomar en consideración de forma simultánea.

## 2. REVISIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS

La vejez se asocia frecuentemente con pérdidas de diferentes tipos. La enfermedad, la discapacidad y el declinar de las funciones psicológicas pueden producir dificultades en el funcionamiento cotidiano y en el desempeño de las actividades habituales, que pueden relacionarse con una calidad de vida precaria. También se han relacionado con baja calidad de vida otros factores como la pérdida de roles sociales y el deterioro de la red social (Morgan, 1988; Due, Holstein, Lund, Modvig y Avlund, 1999).

Aunque es difícil determinar qué dimensiones forman parte del concepto de calidad de vida, tomaremos como punto de partida el de bienestar subjetivo de Diener (1984), según el cual, el estado de bienestar subjetivo está constituido por un componente afectivo y de satisfacción vital, definido como un juicio cognitivo de evaluación global de la propia vida, el cual puede estar influido por el afecto, pero no es una medida directa de la emoción. La experiencia de bienestar de un individuo viene determinada por su situación afectiva y la evaluación cognitiva que hace de su vida (Mehlsen et al. 2005), pero también puede verse afectada por factores como el grado de discapacidad física o factores de tipo demográfico o social (López, Banegas, Graciani, Herruzo y Rodríguez-Artalejo, 2005; Orfila et al., 2006). Según Triadó y Villar (2006) existen criterios objetivos y subjetivos que determinan el grado de bienestar de la persona, que deben ser estudiados conjuntamente; entre los objetivos, se encuentran la mayoría de los indicadores de salud física, de estado cognitivo y de actividades que es capaz de realizar el sujeto. Entre lo subjetivos, que implican la opinión y los valores de la persona, destacan los que hacen referencia a la experiencia personal y los aspectos emocionales, como por ejemplo, el sentido de control personal o la felicidad.

Sin embargo, no todos los ancianos muestran una mala calidad de vida; incluso, como han demostrado algunos estudios (Witt, Lowe, Peek y Curry, 1980; Kozma y Stones, 1988), en la edad anciana pueden existir niveles más altos de bienestar que en la edad adulta. Parece, por tanto, una cuestión importante conocer cuáles son los aspectos que hacen que un anciano sienta que su vida es de calidad. Mroczek y Kolarz (1998) definieron lo que llamaron "paradoja del bienestar", consistente en que, aún en situaciones muy desfavorables y que deberían ser claramente mejoradas, las personas pueden contemplar su situación de forma optimista y satisfactoria.

Por otro lado, aunque la mejora de la calidad de vida debería ser objeto central de toda intervención gerontológica, existe escasa investigación en España respecto a cuáles son los factores que influyen en la percepción subjetiva de la misma y su medición en el anciano, lo que nos podría ayudar a predecir precozmente una pérdida de la misma. Todo ello ocurre pese a que la evaluación sistemática de la calidad de vida en el anciano ha sido recomendada hace años por la Sociedad Británica de Geriátrica (The Royal College of Physicians of London and the British Geriatrics Society, 1992) y su estudio declarado como una de las líneas prioritarias de investigación sobre el tema (Katz y Stroud, 1989).

A continuación, revisaremos cada uno de los conceptos clave que constituyen los intereses fundamentales de esta Tesis Doctoral y la literatura científica en la que se hace referencia a cada uno de ellos durante los últimos años. Analizaremos las concepciones e investigaciones sobre calidad de vida en el anciano, depresión, discapacidad física y otros factores relacionados con la misma.

## **2.1. Calidad de vida en la vejez**

Pese a que el bienestar psicológico y la calidad de vida no son conceptos nuevos, no se ha investigado sobre ellos con profundidad en nuestro país, especialmente si nos referimos a una población extensa y con una variabilidad tan grande en cuanto a perfiles y características, como la gerontológica.

Además, si aceptamos que la calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional en el que influyen, directa o indirectamente, factores personales, sociales y económicos, además de los meramente psicológicos, clínicos y funcionales, no podemos considerarla desde una perspectiva reduccionista, sino que debemos tener en cuenta todos los aspectos que forman parte de ella, de su estudio y de su medición, para intentar llegar a una definición generalmente aceptada.

### **2.1.1. Concepto**

El término calidad de vida es relativamente reciente. Aparece en torno a 1975 (Moreno y Ximénez, 1996), teniendo un gran desarrollo en los años ochenta; se originó principalmente en el campo de la Medicina, extendiéndose rápidamente al campo de la Psicología y la Sociología, desplazando a otros términos más difíciles de operativizar, como felicidad o bienestar. En su origen y desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida ha estado muy relacionado con el de estos dos términos afines, y se ha caracterizado por su continua ampliación. Desde la idea inicial que lo vinculaba casi exclusivamente con el cuidado de la salud, hasta el actual centrado en la preocupación por la existencia del sujeto, su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud,

pasando por la incorporación progresiva de dimensiones, como por ejemplo, el acceso a los bienes y servicios y los aspectos económicos.

El concepto de calidad de vida es vago y etéreo; en los últimos años se ha popularizado, sin que, en muchos casos, sepamos a ciencia cierta de qué estamos hablando concretamente. Esto no es inusual, y a ello han contribuido las diferentes orientaciones que se ha dado a la entidad a través del tiempo. En un estudio realizado por Lehr (2004), el autor destaca que en las últimas 4 décadas se ha vivido una evolución desde el concepto de "satisfacción con la vida" de los años sesenta hasta los actuales conceptos de "bienestar subjetivo" y "envejecimiento satisfactorio", dominante en los ochenta y noventa, pasando por el de "calidad de vida", que comenzó a definirse en los setenta.

Aunque estos términos a veces se utilizan de forma indiferenciada, son multidimensionales y todos ellos cargados de valor, no se puede afirmar que impliquen exactamente lo mismo. La mayoría de las descripciones de calidad de vida, a diferencia de los demás, se basan en encuestas de bienestar y satisfacción con la vida, en aspectos subjetivos y de representación cognitiva de la situación vital, pero además incluye algunos datos objetivos (Thomas, 1970) autoevaluados por el sujeto, como por ejemplo, las condiciones de salud física, psicológica y social (Schölmerich y Thews, 1990) o la capacidad funcional en relación con los aspectos psicológicos, físicos, sociales y emocionales (Kohlman, 2000). Otras definiciones incluyen aspectos sociales objetivos, como el nivel de ingresos, condiciones de la vivienda o presencia de confidente.

En resumen, podemos afirmar que no existe acuerdo unánime sobre el concepto de calidad de vida (Sanz, 1991), ya que es de muy difícil acotamiento. Haremos referencia a algunas definiciones que se han dado del mismo, aplicándolo concretamente a la edad avanzada.



Mientras que la calidad de vida en el anciano es para algunos autores una variable directamente dependiente del estado de salud del individuo, reduciéndose en gran medida el concepto a la medición de síntomas, efectos y repercusiones de la enfermedad (dolor, deterioro funcional, etc.) o sus tratamientos (efectos adversos) sobre el estado de ánimo y el comportamiento (González y Salgado, 1995; Bowling, 1994; Guillén, 1990), para otros tiene un significado más amplio que abarca otros aspectos de la experiencia humana, incluyendo no sólo cuestiones físicas y materiales, sino también y, especialmente, aquellos relacionados con la satisfacción vital, la autoestima y el bienestar emocional, espiritual y social (Sanz, 1991; Fletcher, Dickinson y Philp, 1992). Según Lawton (1991) la calidad de vida consiste en la evaluación multidimensional bajo criterios, tanto intrapersonales, como socrionormativos, del sistema de entorno personal de un individuo en tiempo pasado, actual y anticipado. Lawton sugiere que es necesario medir cuatro dimensiones (competencia comportamental, bienestar psicológico, calidad de vida percibida y entorno objetivo) para obtener una visión próxima a la realidad de la calidad de vida del anciano.

Dado el objeto de estudio de nuestra investigación (factores que se asocian a la calidad de vida y, especialmente, la relación que existe entre el estado emocional, la discapacidad física y la calidad de vida, sin olvidar la influencia de los factores sociales), parece conveniente que hablemos de calidad de vida relacionada con la salud. Según Yanguas (2004), este concepto se apoya en tres pilares: el concepto de salud de la OMS (OMS, 1958), el de estado de salud (Bergner, 1989) y el de calidad de vida (Hörnquist, 1989). Agrupa, tanto elementos intrapersonales, como extrapersonales, que interactúan entre sí y que influyen en la salud. Según Patrick y Ericsson (1993) la calidad de vida relacionada con la salud consiste en el valor otorgado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la limitación provocadas por una enfermedad, un accidente o la política.

Por otro lado, también hemos querido evaluar los efectos que las variables anteriores tienen sobre la percepción subjetiva del sujeto acerca de su salud y calidad de vida, ya que, como indican algunos estudios nacionales e internacionales, las personas mayores están, en un elevado número de casos, satisfechos con su vida, pese a la confluencia en esta etapa de factores que podrían reducir esta percepción, como por ejemplo, las pérdidas personales y familiares frecuentes, los cambios asociados al envejecimiento o la discapacidad. En algunos casos, esto podría estar motivado por lo que se ha denominado "problema de figura-fondo" (Lehr, Schmitz-Scherzer y Quadt, 1979), que consiste en que, ante unos antecedentes (o fondo) negativos, como por ejemplo, haber vivido situaciones de guerra y posguerra, haber pasado hambre y dificultades para criar a los hijos, vivir en casas sin comodidades (agua caliente, calefacción, lavadora, teléfono, etc.), etc., y, considerando su situación presente (figura), aunque objetivamente problemática, la calificaban como muy satisfactoria y mostraban un alto grado de bienestar. No obstante, esto podría cambiar en el futuro, ya que el hecho de no pasar por las dificultades que supuso el período de los años 40 y 50 en España, puede ser determinante para recordar la juventud y madurez como etapas con elevado número de experiencias positivas.

Sin embargo, no podemos afirmar apoyándonos en datos recientes de otros países que la adaptación a la vejez sea mejor cuanto más contraste haya entre pasado y presente. La mayoría de los trabajos actuales hacen hincapié en que la satisfacción actual con la vida tiene que ver con la que se haya tenido en etapas anteriores de la misma (Field, 1997; Mehlsen, Platz y Fromholt, 2003; Mehlsen et al., 2005). Algunos estudios (Witt, Lowe, Peek y Curry, 1980; Kozma y Stones, 1988) han encontrado incluso, mayores niveles de bienestar en la ancianidad que en edades anteriores.

Walker (2004) revisa la calidad de vida en cinco países de la Unión Europea, llegando a conclusiones diferentes, según los distintos países. Con respecto al concepto de calidad de vida y su evaluación, las tendencias y debates son similares en los cinco países (Alemania, Italia, Países Bajos, Reino Unido y Suecia), con la excepción parcial de Italia, aunque son Alemania, Suecia y Reino Unido los estados que más en profundidad han estudiado el tema. Entre las diferencias halladas, podemos destacar las condiciones de vida "objetivas y subjetivas", así como la importancia de la salud y el bienestar subjetivo para la calidad de vida. En Países Bajos, la mayor parte de la población estudiada se siente satisfecha con su vida, aunque esta proporción disminuye con la edad. Sin embargo, en Alemania, los resultados son contradictorios; mientras que unos encuentran que la calidad de vida aumenta con la edad, otros indican lo contrario. El *Estudio sobre Envejecimiento de Berlín (BASE)* (Baltes y Mayer, 1999; 2001) ofrece una imagen positiva de la calidad de vida en la vejez; la mayoría de los ancianos están satisfechos con su vida pasada y presente. En Reino Unido, los datos revelan también elevados índices de satisfacción con la vida en el anciano, sin que se hayan encontrado diferencias con respecto a la mediana edad. En Italia, la mayor fuente de calidad de vida son las relaciones familiares, mientras que en Suecia, se añaden dos cuestiones importantes a la investigación: la importancia del análisis biográfico para mostrar el sentido de la vejez en relación con el resto de la vida y que el grado de satisfacción en la vejez está relacionado con la salud subjetiva, las relaciones sociales, la participación en actividades placenteras y la personalidad extravertida y emocionalmente estable, apareciendo la personalidad como el principal determinante del bienestar.

Fernández-Ballesteros (2006), tomando en consideración las aportaciones de algunos de los autores más relevantes en este campo, describe cinco factores psicológicos que deben tenerse en cuenta en relación con el envejecimiento satisfactorio y la calidad de vida: la edad es una variable biológica que influye en el proceso de envejecimiento, pero no es el único

determinante del mismo; otros factores, como por ejemplo el entorno, la historia personal o aspectos psicológicos del sujeto, interactúan con la edad para explicar dicho proceso (Lher, 1991). Existe una gran variabilidad en las maneras en que las personas envejecen, tanto fisiológica, como patológicamente (Baltes y Graf, 1996). Estos patrones de envejecimiento no se producen de forma aleatoria, sino que cada individuo y la sociedad en que vive, son agentes activos de las diferentes formas de envejecimiento (Bandura, 1978). La plasticidad neuronal y sus correlaciones conductuales (plasticidad cognitiva, capacidad de reserva o potencial de aprendizaje), es una propiedad que actúa a lo largo del ciclo vital (Baltes y Baltes, 1997). Y por último, aunque el proceso de envejecimiento esté considerado como un proceso de pérdidas y declinar funcional, se puede establecer un punto de vista salutogénico, donde la satisfacción vital, el envejecimiento óptimo y el afecto positivo sean aspectos centrales (Schroots, Fernández-Ballesteros y Rudinger, 1999).

La calidad de vida es un indicador de envejecimiento satisfactorio y, desde este punto de vista, es importante conocer qué factores contribuyen a ella. La salud física y psíquica, la disponibilidad de una red de soporte social, la capacidad para tomar decisiones, la independencia o la adaptación a esta fase del ciclo vital, así como el juicio que la persona hace sobre su funcionamiento social, sentirse lleno de energía y vitalidad o interesarse por actividades de ocio, son elementos fundamentales a considerar (Birren y Dieckman, 1991; Arnold, 1991; Diener, 2000).

La calidad de vida es un término emocionalmente neutral que se refiere a la evaluación cognitiva del estado de la propia vida, de acuerdo con ciertos criterios normativos. Se trata, por tanto, de un constructo complejo y multidimensional. Para llegar a su conocimiento profundo se deben evaluar, tanto los aspectos objetivos, como los subjetivos, que componen la apreciación individual de la salud y el bienestar. Debemos analizar un conjunto de percepciones compuesto, no únicamente por la enfermedad o discapacidad,

sino por la combinación de ellas con la experiencia personal, las creencias y expectativas, la interiorización de la situación y todas las sensaciones subjetivas del individuo. Cuando este concepto multidimensional se toma en consideración, obtenemos una visión más integral del efecto de la enfermedad/discapacidad y/o el estado de ánimo sobre la vida diaria del anciano, en aspectos tan importantes como su capacidad funcional, para interactuar en la sociedad, la necesidad de apoyo o la sensación subjetiva de bienestar.

### ***2.1.2. Dimensiones de la calidad de vida***

La misma naturaleza compleja de la calidad de vida hace difícil la determinación de sus componentes estructurales, ya que se trata de un concepto global, pero a la vez, contiene una serie de dimensiones objetivas y subjetivas dependientes de la persona, de sus circunstancias y de su cultura y entorno.

Según Montorio (1994), existen una serie de factores que componen el bienestar psicológico y que no cambian a lo largo de la vida (afecto positivo y negativo, felicidad y congruencia); además, éste tiende a ser estable durante la edad adulta, incluyendo la última etapa de la vejez. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las percepciones de bienestar son sensibles a las circunstancias de la vida, como por ejemplo, a los acontecimientos vitales. Montorio e Izal (1992), identifican un conjunto de variables que influyen en el sentimiento de bienestar de la persona mayor. Entre ellas destacan: la salud percibida y objetiva, los estilos de vida, la realización de planes hacia el futuro, los estilos de logro, el apoyo social, la depresión y algunos factores sociodemográficos (estado civil, ingresos económicos, etc.).

Otro aspecto a tener en cuenta es que la naturaleza integradora del concepto no supone necesariamente su aditividad lineal. Aún suponiendo que las dimensiones que lo componen puedan ser constantes, sus elementos se integran en un algoritmo específico que depende, no sólo de las circunstancias de las personas, sino también de las circunstancias históricas y culturales.

Levi y Anderson (1980) definen la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo. En este sentido, Andrews y Whitney (1976) insisten en que no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por parte del individuo. De forma global, Lawton y Storandt (1984) se refieren al conjunto de evaluaciones que el sujeto hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Shin y Johnson (1978) proponen la siguiente idea acerca de las dimensiones que componen la calidad de vida: posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de necesidades y deseos individuales y participación en las ideas que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás, aspectos todos que dependen del conocimiento y la experiencia previa del sujeto. Desde esta perspectiva, la calidad de vida aparece como la intersección de las áreas objetivas y subjetivas, siendo imposible su evaluación a partir de uno sólo de sus focos.

Según Efkliides, Kalaitzidou y Chankin (2003) el término calidad de vida se refiere a la evaluación de las condiciones de vida de una persona, grupo o población y su valoración debe contemplar un criterio normativo (entorno físico y social, salud física y mental y sistemas de soporte disponibles) (Birren y Dieckman, 1991) y otro subjetivo (percepción del individuo de su funcionamiento físico, psíquico, sexual y social, aspectos financieros, recreativos y vitalidad).

Para Fernández-Ballesteros (2006) hay que tener en cuenta cinco aspectos fundamentales en la investigación de la calidad de vida, a saber: que

es un concepto multidimensional que contiene factores personales y ambientales que no pueden ser separados entre sí; que incluye aspectos objetivos y subjetivos; que nuestro interés debe residir en el individuo, aunque se puedan utilizar indicadores agregados para su utilización sociopolítica; que, aunque el propósito de la investigación sea determinar un estándar de calidad de vida, debemos conciliar esta cuestión con la anterior.

En un estudio anterior (Fernández-Ballesteros, 1993), en el que se preguntó a una muestra de ancianos acerca los factores más relevantes para la calidad de vida, los resultados fueron los siguientes (por orden de importancia): tener buena salud, ser independiente, tener una buena pensión o ingresos y tener buenas relaciones con la familia y amigos. Básicamente, estos resultados coinciden con los analizados por Walker (2005) en su revisión de los estudios sobre calidad de vida en cinco países europeos.

Según Netuveli, Wiggins, Hildon, Motgomery y Blane (2006) la medida de la calidad de vida subjetiva muestra relaciones con la situación financiera, de salud y el funcionamiento. En el estudio sobre envejecimiento de Berlín (Baltes y Mayer, 1999) la buena salud fue un factor determinante para el bienestar de los ancianos en una muestra de 70 a 105 años.

Otro aspecto clave que forma parte de la calidad de vida objetiva es el "espacio vital" de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y, por último, de los valores de los sujetos. Es a través de este "espacio vital" como el bienestar objetivo se convierte en bienestar subjetivo (Blanco, 1985), teniendo en cuenta que no bastan los aspectos objetivos para generar satisfacción, sino que ésta depende de cómo el sujeto interioriza dichos aspectos.

Por tanto, desde la perspectiva de la Psicología, la calidad de vida es, básicamente, un concepto complejo integrado por aspectos objetivos y

subjetivos, referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Es decir, aunque recoge los componentes del bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de este bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma.

## **2.2. Trastornos afectivos en el anciano**

### ***2.2.1. Epidemiología***

Con respecto a la situación afectiva del anciano, cabe destacar que la vejez es una etapa que exige una constante adaptación del individuo a múltiples pérdidas personales y sociales. Por ello, el estado de ánimo deprimido es un problema de importancia creciente en el mayor, debido al citado aumento de la población de más de 65 años, a los cambios sociofamiliares producidos en las últimas décadas en las sociedades occidentales (Bobes, 1997) y al incremento de enfermedades y acontecimientos vitales (Calcedo, 1996), que han producido un aumento de la frecuencia de los síndromes depresivos, con unos elevados índices de prevalencia (Sánchez, 1994; Bobes, 1997; Moriñigo, 1997; Triadó y Villar, 2006). Si bien la depresión como diagnóstico clínico (depresión mayor) es un trastorno emocional menos frecuente entre los ancianos que entre adultos más jóvenes (Qualls, 1999), los datos epidemiológicos sugieren que el 4.2% de las personas mayores de 65 años tienen depresión, en términos más amplios (IMSERSO, 2005a), pese a la gran variabilidad de datos existente en función del tipo de medición.

Si revisamos los estudios epidemiológicos, podemos observar que los trastornos del estado de ánimo y, fundamentalmente la depresión, tienen una elevada prevalencia (en base a su alta incidencia, recurrencia aumentada y



tendencia a la cronicidad) y conllevan alta morbilidad, tanto directa como indirecta (comorbilidad con otros procesos) (Serrano, 2001), aunque las cifras varían según el instrumento diagnóstico utilizado (entrevista psiquiátrica o aplicación de escalas orientativas) (Lázaro, 2000) y según el grupo poblacional al que se estudie (ancianos que viven en la comunidad, ancianos institucionalizados en residencias o ancianos hospitalizados). En Europa, se ha realizado el estudio ESEMeD (The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004) sobre epidemiología de los trastornos mentales en seis países europeos (España, Italia, Alemania, Holanda, Bélgica y Francia), en el que se utilizó como instrumento de evaluación la versión revisada del *Composite Internacional Diagnostic Interview (WMH-CIDI)* (Alonso et al., 2002). En este trabajo se encontró una prevalencia del 3.2% para los trastornos del humor y del 3.6% para los trastornos de ansiedad en mayores de 65 años no institucionalizados.

En líneas generales, podemos afirmar que en el caso de los estudios sobre depresión mayor en ancianos en la comunidad que usan para el diagnóstico instrumentos estructurados administrados por especialistas, suelen apreciarse tasas de prevalencia significativamente menores (1-3%) que en los estudios que utilizan instrumentos dimensionales de *screening*, como la *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Yesavage, et al., 1982, 1983), la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (Radlof, 1979) o la *Escala de Koenig* (Koenig, Blumenthal y Moore, 1995), que se basan en la presencia de más o menos síntomas de los llamados "depresivos".

Bruce y Leaf (1989) constataron en una muestra de ancianos en la comunidad que las probabilidades de muerte en sujetos con trastornos del estado de ánimo eran cuatro veces mayores que en el resto de la muestra.

Por otro lado, parece evidente que los ancianos tienden a manifestar la sintomatología depresiva en menor medida que los adultos más jóvenes (Harper, Kotik-Harper y Kirby, 1990). Los síntomas psicológicos y los

emocionales son los más infracomunicados, al contrario de los somáticos y neurovegetativos (Lyness et al., 1995).

Todos los estudios realizados en población anciana, demuestran que la prevalencia de síntomas depresivos supera con mucho a la prevalencia de la enfermedad depresiva. Un estudio clásico realizado en 1964 en New Castle (Kay, Beamish y Roth, 1964) ya demostraba que en ancianos residentes en la comunidad la prevalencia de síntomas de depresión era de un 10.0%, aunque sólo el 1.3% demostraba realmente cumplir criterios clínicos de enfermedad depresiva. Datos similares han seguido mostrándose en numerosos trabajos. En la tabla 1 podemos ver un resumen de diversos estudios de prevalencia de la depresión en el anciano teniendo en cuenta el lugar de residencia, los métodos usados para el diagnóstico de la depresión, el lugar donde se realiza el estudio y los resultados.

Atendiendo a los resultados de los diferentes estudios epidemiológicos, podríamos señalar que entre el 10.0 y el 15.0% de los ancianos que viven en la comunidad tiene algún grado de sintomatología depresiva en un momento determinado, pero sólo alrededor del 3.0% tienen enfermedad depresiva (Baldwin, 1997), aunque se pueden observar ciertas variaciones en cuanto a los datos según el lugar de origen, la escala utilizada y la definición de la población operativa al considerar la edad de corte (Gallo y Lebowitz, 1999; López, 2001; Snowdon, 2001). La prevalencia del trastorno depresivo mayor se sitúa entre el 1.0 y el 6.0%, la distimia depresiva entre el 3.0 y el 20.0%, los trastornos adaptativos aparecen hasta en el 30.0% de los ancianos y los trastornos mixtos ansiedad-depresión pueden llegar hasta casi el 13.0% (Katona, 1995).

<b>Tabla 1.a.- Prevalencia de la depresión según el lugar de residencia</b>				
<b>ANCIANOS QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD</b>				
<b>Autor/Año</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Lugar</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Resultados</b>
(Kay et al.) 1985	247	Tasmania	GMS/DSM-III	19% dtm 10.2% depresión
(Copeland et al.) 1987	396	Londres	GMS/AGECAT	13.2% dtm 19.4% depresión
(Livingsgtone et al.) 1990	779	Londres	Short-CARE	17.3%
(Copeland et al.) 1992	1070	Liverpool	GMS/AGECAT	11.3%
(Skoog) 1993	347	Gotemburgo	Entrevista Psiquiátrica/DSM-III-R	6.6% dtm 13% depresión
(Fitcher et al.) 1995	347	Munich	GMS/AGECAT	23.6%
(Ojen et al.) 1995	4051	Ámsterdam	GMS/AGECAT	11.7%
(Lobo et al.) 1995	1080	Zaragoza	GMS/AGECAT	4.8%
(Kua et al.) 1996	1062	Singapur	GMS/AGECAT	6.0%
(Forsell et al.) 1998	1101	Estocolmo	Entrevista Psiquiátrica/DSM-IV	3.5% dtm 7.2% depresión
(Copeland et al.) 1999	13808	9 centros en Europa	GMS/AGECAT	12.3%
(ESEMED) 2000	4401	6 países europeos	Entrevista Psiquiátrica/DSM-IV	3.2%
(Chong et al.) 2001	1350	Taiwán	GMS/AGECAT	21.3%
(Hervás et al.) 2001-2002	147	Navarra	GDS	8.9%
(Schaub et al.) 2003	516	Berlín	GMS/AGECAT/DSM-III-R	25.8%

**AGECAT:** Automated Geriatric Examination Assisted Taxonomy (utilizado con el GMS); **BAS:** Brief Assessment Schedule; **GDS:** Geriatric Depression Scale; **GMS:** Geriatric Mental State; **Short-CARE:** Forma abreviada del Comprehensive Assessment and Referral Examination. **dtm:** distimia depresiva.

La prevalencia de depresión entre ancianos institucionalizados es muy elevada, pero existe una gran dispersión de datos debido, en parte, a la heterogeneidad de los centros. Así, podemos encontrar estudios en los que la

prevalencia se sitúa en el 14% y otros en los que alcanza el 70%. De los estudios más importantes analizados y que se recogen en la tabla 1, obtenemos una prevalencia en el intervalo 15-35%. Entre los ancianos hospitalizados, las cifras son también muy elevadas. Harper, Kotik-Harper y Kirby (1990) describieron una prevalencia del 51.7% en enfermos hospitalizados por enfermedades físicas.

Otros aspectos importantes al referirse a los trastornos afectivos en el anciano son la edad, el sexo, la existencia de patología concomitante y el modo de manifestación clínica (Heeren, Van Hemert, Lagaay y Rooymans, 1992; García, 2000).

<b>Tabla 1.b.- Prevalencia de la depresión según el lugar de residencia</b>				
<b>ANCIANOS QUE VIVEN EN INSTITUCIONES</b>				
<b>Autor/Año</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Lugar</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Resultados</b>
(Spagnoli et al.) 1986	278	Milán	Entrevista Psiquiátrica	33.0%
(Snowdon et al.) 1986	206	Sydney	GDS	26.0%
(Snowdon et al.) 1989	100	Sidney	GDS, BAS	>GDS 14=50.0% BAS = 20.0%
(Rovner et al.) 1990	454	Baltimore	Entrevista Psiquiátrica	10.0%
(Harrison et al.) 1990	362	Londres	BAS	50.0%
(Ames) 1991	390	Nueva York /Londres	BAS	34.0%
(Phillips et al.) 1991	165	Melbourne	Entrevista Psiquiátrica	13.3%
(Rojano et al.) 1992	100	Madrid	Entrevista Psiquiátrica/DSM-III-R	8.0% dtm 14.0% depresión
(Franco) 1995	199	Zamora	GDS-Zung	20.3 – 47.3%
(Franco et al.) 1995	56	Valladolid	Zung/GDS	20.2 – 50.0%

(Monforte et al.) 1998	558	Zamora-Valladolid	Zung/GDS	30.3 – 51.5%
(Damian et al.) 1999	800	Madrid	GDS	31.0%
(Jongenelis et al.) 1999-2001	350	Ámsterdam	GDS/DSM-IV	14.1% dtm 8.1% depresión
(Teresi et al.) 2001	319	Nueva York	Entrevista Psiquiátrica/DSM-III-R	16.8% dtm 14.4% depresión
(Hervás) 2001-2002	147	Navarra	GDS	29.4%

**AGECAT:** Automated Geriatric Examination Assisted Taxonomy (utilizado con el GMS); **BAS:** Brief Assessment Schedule; **GDS:** Geriatric Depression Scale; **GMS:** Geriatric Mental State; **Short-CARE:** Forma abreviada del Comprehensive Assessment and Referral Examination. **dtm:** distimia depresiva.

### ***2.2.2. Características clínicas de la depresión en el anciano***

A pesar de las elevadas cifras epidemiológicas que arroja la depresión en el anciano, existe consenso generalizado entre los profesionales en relación con la dificultad que supone diagnosticarla (Sánchez, 1994; Bobes, 1997), puesto que pueden existir diferentes circunstancias que la enmascaren, como por ejemplo las dificultades para reconocer que se está deprimido, los prejuicios relacionados con la edad, la resistencia a aceptar un diagnóstico psiquiátrico o su diferente presentación. El síntoma más característico de la depresión, el ánimo deprimido, puede no ser el más significativo en el anciano; la anhedonia (disminución de la capacidad para sentir placer con las cosas que habitualmente lo producen) o los síntomas somáticos, como la astenia (debilidad generalizada, pérdida de energía) son frecuentes, lo cual contribuye a que la evaluación del paciente se centre en aspectos físicos (Sánchez, 1994; Moriño, 1997). Más de 2/3 de los casos presentan quejas somáticas predominantes y hasta el 30.0% manifiesta problemas físicos como síntoma inicial (Fernández-Santos, 2002). También existen menos síntomas ideacionales

(sentimientos de culpa) y más síntomas conductuales-motivacionales (falta de interés) (Izal, Márquez, Losada, Montorio y Nuevo, 2003).

**Tabla 2: Criterios de episodio depresivo mayor según el DSM IV-TR**

- A.- Cinco (o más) de los siguientes síntomas deben estar presentes durante al menos un período de dos semanas y representan un cambio respecto al funcionamiento previo. Uno de los síntomas debe ser el ánimo deprimido o pérdida del interés o de la capacidad para el placer.
- Nota:** no incluir los síntomas que son claramente debidos a una enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
- 1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).
  - 2.- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
  - 3.- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento (por ejemplo, más de un 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
  - 4.- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
  - 5.- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observables por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
  - 6.- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
  - 7.- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
  - 8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
  - 9.- Pensamiento recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B.- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- E.- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Además, en el anciano, el curso crónico o recurrente de la depresión, junto con la coexistencia de enfermedades y discapacidades físicas, la mayor utilización de recursos sanitarios y sociales (Harpole y Williams, 2004), así como la relativamente frecuente asociación entre demencia y depresión (Murphy y Alexopoulos, 2004), suponen importantes barreras para el diagnóstico. Aunque según la OMS (2001a) la enfermedad mental es la principal causa de

discapacidad en Estados Unidos, Canadá y Europa Occidental, considerándose que en 2020, el trastorno depresivo mayor será la segunda causa de discapacidad (Murray y López, 1997).

Además, puesto que la depresión viene determinada por sus síntomas, ya que no existen pruebas de laboratorio que nos ayuden a determinar si una persona la padece, la aplicabilidad de los criterios diagnósticos actuales para la depresión del DSM IV-TR (DSM IV-TR, 2001) (tabla 2), que establece un mínimo de cinco a nueve posibles síntomas para diagnosticar un episodio depresivo mayor (Allen, 2000), es criticada por algunos autores, que sugieren que puede ser necesaria la ampliación de dichos criterios para adecuarlos al grupo de población anciana (Blazer, 1994). Esto es debido a que en este grupo de edad, la depresión presenta una serie de características particulares, a saber:

- ⇒ Predominio de la depresión unipolar sobre la bipolar.
- ⇒ Escasez de antecedentes familiares en los casos que debutan en la ancianidad.
- ⇒ Aproximadamente el 50.0% de los casos en mayores de 65 años son el primer episodio.
- ⇒ Suele coexistir con procesos normalmente asociados al envejecimiento.
- ⇒ Se produce de forma concomitante con otras enfermedades médicas y situaciones de discapacidad.
- ⇒ Presencia frecuente de deterioro cognitivo.
- ⇒ Se produce en un contexto de cambios ambientales y biológicos.

Por otro lado, en la tabla 3 podemos ver los síntomas de depresión más y menos frecuentes en los ancianos.

La asociación entre el declinar físico y la sintomatología depresiva es uno de los hallazgos más robustos de la literatura científica (Lenze et al., 2001); padecer una discapacidad física supone un factor de riesgo para sufrir una

depresión clínicamente significativa. Algunos autores (Kroenke, Jackson y Chamberlin, 1997) sugieren que cuando están presentes trastornos y discapacidades físicas, cambios de vida recientes u otros factores estresores, como ocurre en el anciano, la probabilidad de que se produzca un trastorno depresivo aumenta entre un 1.5 y un 3.5%. Además, cuando se produce una depresión el estrés aumenta y el curso de las enfermedades físicas, la discapacidad y la morbilidad pueden verse afectadas, llegándose incluso a producir un aumento de la institucionalización y la mortalidad (Katz, 1998; Pinquart, Duberstein y Lyness, 2006).

<b>Tabla 3: Rasgos clínicos de la depresión en el anciano</b>	
<b>Más frecuentes</b>	<b>Menos frecuentes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos del sueño</li> <li>▪ Enlentecimiento o agitación psicomotriz</li> <li>▪ Astenia</li> <li>▪ Anhedonia</li> <li>▪ Inseguridad, indecisión y pérdida de la autoconfianza</li> <li>▪ Cambios en el apetito y el peso</li> <li>▪ Quejas somáticas</li> <li>▪ Quejas/signos de deterioro cognitivo</li> <li>▪ Sentimientos de inutilidad</li> <li>▪ Dificultades para pensar</li> <li>▪ Irritabilidad</li> <li>▪ Respuesta más pobre al tratamiento</li> <li>▪ Mayor índice de mortalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Humor depresivo</li> <li>▪ Despersonalización</li> <li>▪ Ideación suicida manifiesta</li> </ul>

La relación entre depresión y salud es compleja por dos razones (Wrosch, Schulz y Heckhausen, 2004); en primer lugar, porque la salud precaria puede inducir directamente síntomas depresivos y, en segundo lugar, porque la depresión puede constituir un problema de salud añadido. En el caso del anciano, esta asociación sitúa a la persona en una posición de riesgo de padecer ambos tipos de problemas, físicos y psicológicos, lo que hace necesario su estudio conjunto con objeto de identificar los factores de protección que pueden contribuir a la comprensión de esta relación, y servir como herramienta para mejorar la calidad de vida del anciano.



La depresión se ha asociado con un descenso de las competencias cognitivas y comportamentales y de la motivación, con un incremento del afecto negativo y con un compromiso del funcionamiento biológico, lo que contribuye, a su vez, a que la salud empeore. En algunos estudios, se ha relacionado el nivel de depresión del anciano con las estrategias de control primario (dirigidas al mundo exterior; buscan producir efectos en el ambiente externo al individuo) y secundario (dirigidas al propio individuo; buscan la optimización de la motivación y la emoción del individuo, las cuales son recursos esenciales para el remoto control primario), descritas en la teoría del control a lo largo de la vida (Heckhausen y Schulz, 1995; Schulz y Heckhausen, 1996). Estas estrategias se activan para conseguir objetivos importantes y para gestionar los errores y las metas inalcanzables. Según estas investigaciones, las estrategias de control dirigidas al logro de objetivos de salud se asociaron con niveles bajos de síntomas depresivos; sólo entre los adultos más ancianos se encontraron elevados niveles de síntomas físicos agudos (Wrosch, Schulz y Heckhausen, 2002). En particular, los muy ancianos no activaron estrategias de control de los síntomas, experimentando elevados niveles de depresión.

Meador y Blazer (1998) proponen un enfoque biopsicosocial de la depresión en el anciano, ya que suponen que se producen modificaciones en todas las esferas del individuo; a nivel biológico, ocurren una serie de cambios estructurales y funcionales en el cerebro (Katz, 1998), que delinean la depresión en las etapas tardías de la vida, distinguiendo entre determinantes genéticos y psicosociales de la depresión (Krishnan y McDonald, 1993). Reichman y Coyne (1995) describen una serie de síntomas subjetivos de depresión, como son la anhedonia y los síntomas neurovegetativos que se producen en la demencia tipo Alzheimer y la demencia multiinfarto.

En la esfera psicológica, existe un importante número de teorías que explican la depresión en el anciano; desde los modelos conductuales, hasta los cognitivos, pasando por los psicodinámicos y los diferentes tipos de respuestas

psicológicas de los individuos ante los factores estresantes en la ancianidad, codificados desde una perspectiva individual y teniendo en cuenta la historia personal. En lo que se refiere a la historia personal y el contexto, Anderson y Stevens (1993) proponen que son cuestiones significativas las relaciones parentales pobres, la baja autoestima y la ansiedad.

No podemos olvidar tampoco la importancia de los aspectos existenciales y el significado, entendido por Yalom (1980) como un sentimiento de coherencia, con términos como propósito, intención, meta o función, utilizados frecuentemente en relación con éste. Por último, desde el punto de vista social, el aspecto más relacionado con la depresión en el anciano es el soporte y la red social (Oxman, Berkman, Kasl, Freeman y Barren, 1992). El rol y la identidad social (Krause, 1995) también son factores estudiados en relación con la depresión en el anciano.

Otra dimensión que debemos considerar respecto de la depresión en el anciano es la de sus consecuencias. Algunos autores (Schneider, Reynolds y Lebowitz, 1994; Katz y Alexopoulos, 1996) sugieren que la depresión en los años tardíos de la vida es un trastorno persistente o recurrente que puede estar producido por factores estresantes psicosociales o los efectos fisiológicos de la enfermedad, pudiendo tener lugar un aumento del grado de discapacidad presente, trastorno cognitivo, incremento de los síntomas somáticos, deterioro fisiológico, aumento del uso de los recursos sanitarios y sociales y aumento del suicidio y la mortalidad por otras causas (Henriksson, Marttunen, Isometsa y Heikkinen, 1995; Beekman, Penninx, Deeg, Bram y Tilburg, 1997; Woo, Ho, Yu y Lau, 2000; Conwell, Duberstein y Caine, 2002; Fröjdh, Håkansson, Karisson y Molarius, 2003). Ello enfatiza la importancia de diagnosticar y tratar esta enfermedad en el anciano.

De todo lo anterior podemos deducir que existe una gran variabilidad en la conceptualización y abordaje de la depresión en el anciano. En ella pueden

influir diferentes variables de tipo social, económico, biológico, ambiental y personal, que interactúan entre sí, definiendo un perfil único para cada anciano deprimido. Esta gran heterogeneidad que caracteriza los trastornos depresivos en el mayor requiere una formulación biopsicosocial y funcional para su óptima comprensión, teniendo en cuenta las características particulares del anciano, así como su historia personal y su contexto ambiental (Meador y Blazer, 1998).

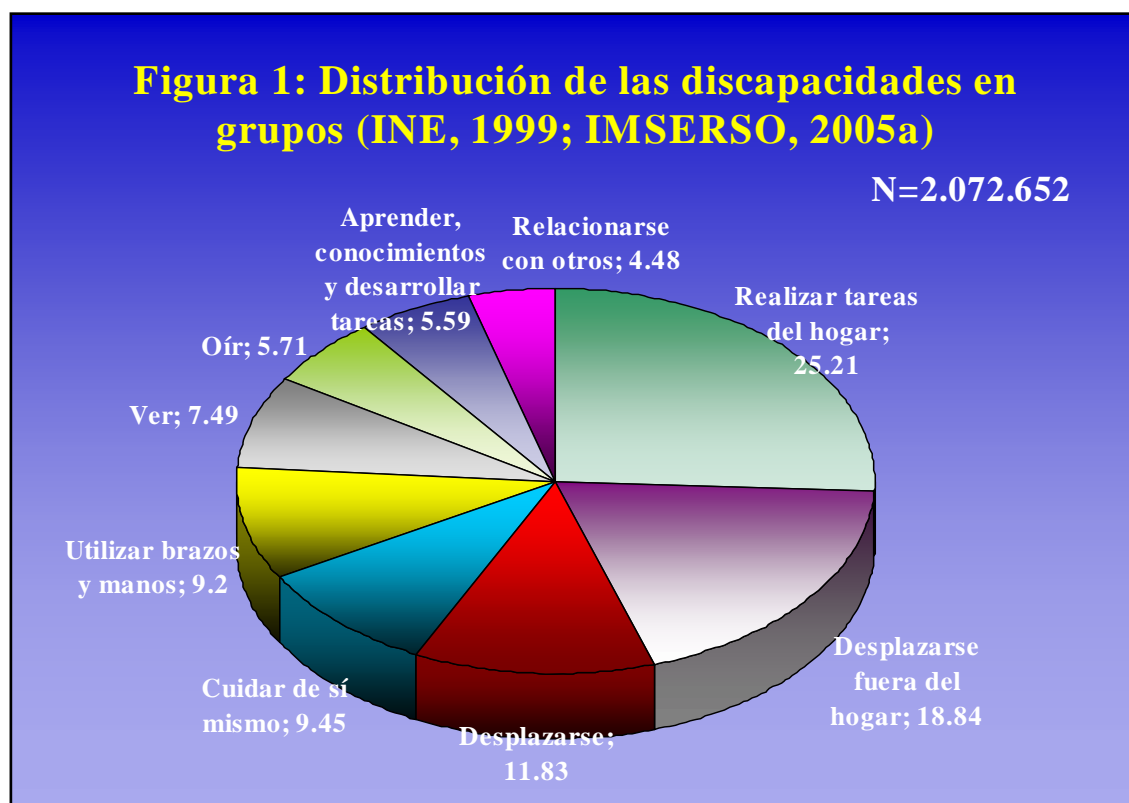
### **2.3. Situación de discapacidad y grado de dependencia**

En lo que se refiere a la situación de dependencia, es imaginable que la discapacidad y los cambios asociados a las deficiencias y al propio envejecimiento en sí, afecten negativamente a la capacidad de los ancianos para elegir y para vivir en plenitud, lo que incide directamente sobre su satisfacción y bienestar percibido. Desde esta perspectiva, parece importante conocer mejor qué factores determinan que el anciano tenga elevados grados de calidad de vida percibida en este contexto de cambios y pérdidas frecuentes (Sancho y Vega, 2004; Schalock y Verdugo, 2003). Por ello, debemos analizar cómo y en qué medida la discapacidad afecta a las personas ancianas, ya que ha sido, junto con la depresión, uno de los factores que más se ha asociado con baja calidad de vida en la literatura científica (Kisely y Shannon, 1999; Joshi, Kumar y Avasthy, 2003; Heideken et. al., 2005; Heideken et al., 2006).

Detengámonos por un momento para analizar brevemente qué entendemos por discapacidad. Se trata de un concepto que ha ido evolucionando con el tiempo, desde aquella conceptualización de la misma, todavía vigente, como la restricción o falta de habilidad para desempeñar una actividad de la manera habitual, o dentro del rango considerado normal para

una persona, como resultado de una deficiencia (OMS, 1980), hasta concepciones más modernas basadas en el funcionamiento, entendido como un término global, que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación, de manera similar a como el término discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación (OMS, 2001b). Desde este punto de vista, podemos decir que uno de los colectivos más afectados por la discapacidad o, lo que es lo mismo, por déficit de funcionamiento, es el de las personas de 65 y más años.

Si analizamos algunos de los documentos oficiales sobre discapacidad y salud en España, como por ejemplo, el *Informe 2004 sobre las Personas Mayores en España* (IMSERSO, 2005a), basado en la última *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (INE, 1999), la *Encuesta Nacional de Salud 2003* (INE, 2005b) o el *Libro Blanco sobre Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España* (IMSERSO, 2005b), observamos algunos datos de máximo interés. El 32.21% (2.072.652) de las personas de 65 y más

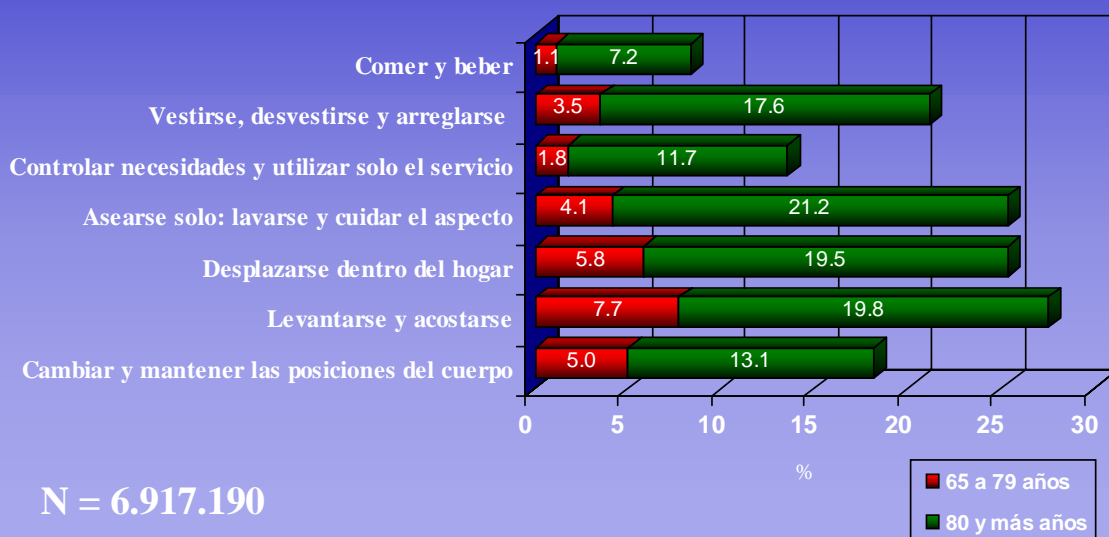


años padecen algún tipo de discapacidad, acumulando, en algunos casos, más de una (figura 1). Las actividades cuyas cifras reflejan una mayor afectación son las actividades de vestido, aseo y transferencias en la cama (73.9%) y las que implican desplazamientos dentro y fuera del hogar (74.6%) (figuras 2.a y 2.b). Casi en el 70% de los casos, la discapacidad es grave o total (figura 3).

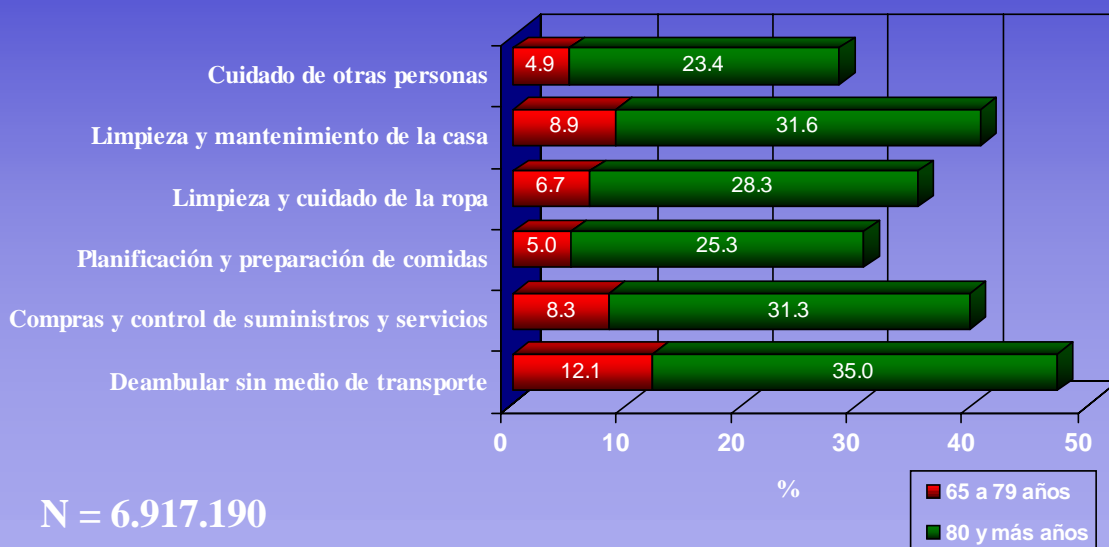
Entre las características de la enfermedad en el anciano, además de la mayor presencia de enfermedades discapacitantes, se encuentra una tendencia a la cronicidad y a la invalidez (García, 1992; Torres y Chaparro, 1994; Bravo, 1998), lo que supone una necesidad de atención específica y especializada dirigida a los problemas funcionales de las personas pertenecientes a este grupo de edad. Además, también es conocida la influencia de los factores psicológicos y psicosociales en la salud y en la enfermedad del anciano y la estrecha relación existente entre estos aspectos (Engel, 1977; Engel, 1980; Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992; Sánchez, 1994; Yanguas, Sancho y Leturia, 1998).

En este contexto, en el que las pérdidas progresivas y el incremento de acontecimientos vitales es una realidad continua, la mejora de la calidad de vida se convierte en un objetivo esencial de los cuidados de salud. Pero para poder alcanzar esta meta, es necesario conocer con profundidad cuáles son los factores que inciden, directa o indirectamente, en la calidad de vida, cuya medida está comenzando a convertirse en un aspecto clave para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas y para la distribución de recursos sanitarios y sociales, ya que, la atención geriátrica persigue diagnosticar y tratar los aspectos psicológicos, físicos y sociales, y no únicamente los aspectos clínicos de la enfermedad. En definitiva, se trata de mejorar la calidad de vida de la persona anciana, para lo cual es necesario partir de la evaluación e interpretación de los factores clave que inciden en la misma.

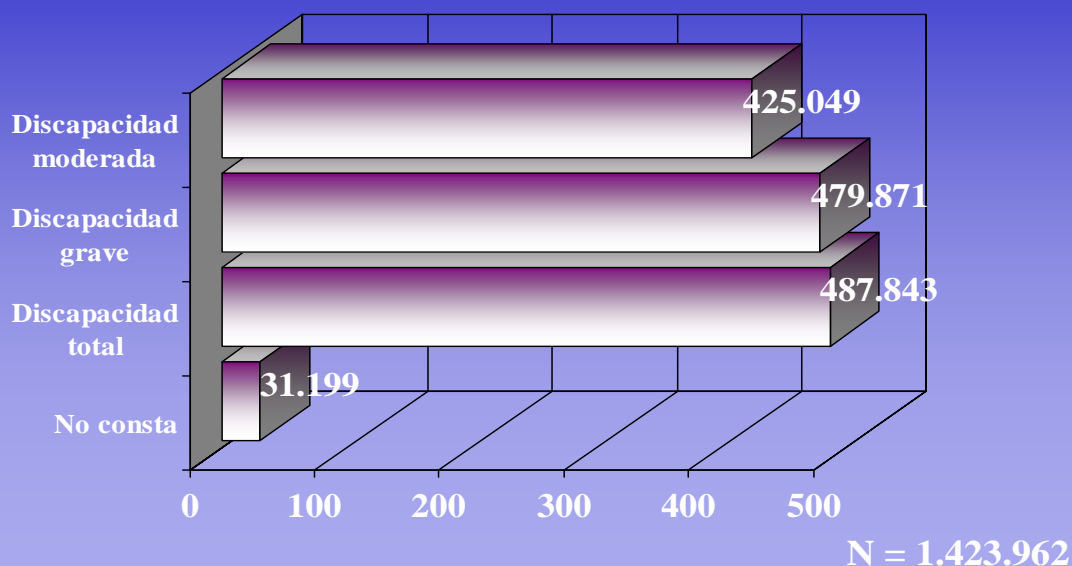
**Figura 2.a: Dificultades para las actividades básicas de la vida diaria en ≥ 65 años (%) (INE, 1999; IMSERSO, 2005a; IMSERSO, 2005b)**



**Figura 2.b: Dificultades para las actividades instrumentales de la vida diaria en ≥ 65 años (%) (INE, 1999; IMSERSO, 2005a; IMSERSO, 2005b)**



**Figura 3: Grado de severidad de la discapacidad (INE, 1999; IMSERSO, 2005b)**



## 2.4. Aspectos sociales

Además de la influencia del estado de ánimo y la discapacidad física sobre la percepción de calidad de vida, también se han descrito otros factores que influyen negativamente en la misma. Entre ellos podemos destacar los aspectos sociales, que han sido relacionados con la calidad de vida en numerosos estudios.

La existencia de una adecuada red de soporte social, entendida como un conjunto de relaciones sociales deseadas, que proporcionan apoyo en caso necesario, con unas características estructurales determinadas que permiten la integración y participación social, influye positivamente sobre el funcionamiento y la salud de las personas ancianas, y mejora su calidad de vida. El

mantenimiento de relaciones sociales escasas se ha asociado con un incremento de la mortalidad en ancianos con enfermedades coronarias, por accidentes y suicidio (Seeman, 1996; Berkman y Glass, 2000; Eng, Rimm, Fitzmaurice y Kawachi, 2002). También se ha estudiado la relación entre la red social y la morbilidad; existen evidencias científicas de que la integración social disminuye la incidencia y mejora el pronóstico funcional de trastornos cardíacos y cerebrovasculares (Seeman, 1996). También se ha descrito un menor número de síntomas depresivos, incluso entre los confidentes (Newsom y Schulz, 1996; Bondevik y Skogstad, 1998) y una mejor capacidad de afrontamiento entre los ancianos con adecuadas redes de apoyo (Norris y Murrell, 1984). Estos autores encontraron que, si bien estas relaciones no disminuían el número de acontecimientos vitales estresantes, sí que resultaban útiles como protección para afrontar el estrés y disminuir la posibilidad de síntomas depresivos. También se han encontrado evidencias desde la psiconeuroinmunología de la influencia de variables psicosociales sobre el sistema inmunológico de los individuos de más edad (Kiecolt-Glaser, Garner, Speicher, Penn, Holiday y Glaser, 1984; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996; Berkman y Glass, 2000).

Otras variables de tipo social, como por ejemplo el nivel educativo, el estado civil, el estilo de vida, el tipo de convivencia o los hábitos tóxicos (consumo de tabaco y alcohol), también han sido objeto de estudio en relación con la calidad de vida, encontrándose, en general, influencias negativas sobre la misma cuando los datos indicaban escaso soporte social (Seeman, Bruce y McAvay, 1996; López et al., 2005).

En nuestro estudio hemos recogido información sobre una serie de variables sociales para comprobar su valor predictivo sobre la calidad de vida del anciano. Entre ellas, podemos destacar, además de las que se citan en los párrafos anteriores, la presencia o no de confidente, las condiciones de la vivienda, la cuantía de la pensión o las creencias religiosas, entre otras. Si el lector lo desea, puede consultar el listado exhaustivo de variables de



funcionamiento social evaluadas en el apéndice A, en el que se incluye el instrumento de recogida de datos utilizado para la Tesis.

## **2.5. Características diferenciales de los recursos estudiados**

Para este trabajo hemos seleccionado diferentes niveles asistenciales sanitarios y sociales, de hospitalización, ambulatorios y residenciales. En todos ellos los pacientes presentaban situaciones clínicas y de discapacidad de diversa índole, con pérdidas funcionales recientes o crónicas y diferentes estados de ánimo. Nos hemos centrado en el análisis de cómo afecta la pérdida funcional y el estado emocional a la percepción del sujeto de su calidad de vida en el momento del estudio. Los niveles asistenciales estudiados son: una unidad de media estancia, un hospital de día y una consulta externa de geriatría, dentro de los recursos sanitarios hospitalarios, y una residencia geriátrica y un centro de día, dentro de los recursos sociales. A continuación describimos brevemente las características generales de los mismos.

En el grupo de los recursos asistenciales geriátricos hospitalarios considerados como clásicos, se encuentran las unidades de media estancia y los hospitales de día, destinados ambos a proporcionar cuidados de carácter principalmente rehabilitador, en los cuales se atiende a personas ancianas con discapacidades y dependencia en diferentes grados. Ambos niveles asistenciales presentan una serie de características diferenciales, a saber:

- ⇒ La unidad de media estancia (UME) es una unidad de hospitalización, en la que se proporcionan fundamentalmente cuidados rehabilitadores, pero también cuidados médicos y de enfermería, amén de otros específicos requeridos por cada paciente en particular

(por ejemplo, atención psicológica o psiquiátrica). Su meta general es ayudar a la persona a alcanzar una mejoría funcional tras haber sufrido un déficit moderado, potencialmente recuperable o mejorable, en el contexto de una enfermedad aguda. Entre las patologías que se tratan en estas unidades destacan por su importancia los accidentes cerebrovasculares, las fracturas y las convalecencias de procesos clínicos severos. El objetivo marcado durante el ingreso es alcanzar el nivel de independencia necesario en el paciente para su reintegración al medio comunitario.

- ⇒ El hospital de día (HD) se puede definir como una sección del servicio de geriatría donde se proporciona asistencia en régimen diurno de hospitalización (jornada continuada de mañana y tarde). Los pacientes acuden para completar su recuperación funcional y lograr la autonomía personal tras un proceso de enfermedad o discapacidad, por medio de un tratamiento integral, dirigido al reentrenamiento de todas las capacidades necesarias para manejarse en su entorno habitual, incluyendo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La asistencia periódica desde el domicilio permite la monitorización de aquellos procesos que requieran un seguimiento estrecho. Este nivel asistencial ofrece una serie de ventajas sobre las unidades de hospitalización completa, como por ejemplo, garantizar la continuidad del tratamiento de deficiencias y discapacidades potencialmente recuperables, facilitar el alta hospitalaria y ofrecer terapia a pacientes cuya situación funcional se ha visto afectada por diversos trastornos procedentes de otros niveles asistenciales, como la consulta externa o atención primaria. Es, además, el lugar ideal para la realización de una valoración integral del paciente con la participación de los diferentes miembros del equipo interdisciplinar.

Tanto en la UME, como en el HD, el estudio de la calidad de vida es de enorme interés, puesto que en ambos casos nos encontramos con personas cuya situación funcional ha cambiado en el transcurso de poco tiempo y se hallan en proceso de recuperación, con lo cuál, tanto su situación de dependencia, como su estado de ánimo y su percepción de calidad de vida, previsiblemente, han sufrido modificaciones.

Entre los recursos asistenciales sociales, destacan por su mayor implantación y el tipo de servicios que prestan, los centros de día y las residencias. A continuación comentamos los aspectos más relevantes de ambos:

- ⇒ El centro de día (CD) es un centro no residencial, de atención diurna, que depende de los servicios sociales comunitarios, al que asisten personas mayores con autonomía reducida. Los centros de día permiten que los ancianos que no pueden valerse por sí mismos reciban atención a sus necesidades, permaneciendo integrado en su domicilio habitual, con lo que mantiene su relación familiar. El tipo de usuarios de los centros de día varía en función de la tipología del mismo (los hay para válidos, para asistidos, centros mixtos y psicogeríátricos), desde ancianos que requieren ayuda para sus actividades cotidianas por problemas fundamentalmente físicos, hasta los que, por razones sociales, y, aún pudiendo mantener un grado de autonomía aceptable, se encuentren en riesgo de perderla por razón de edad avanzada, desamparo o enfermedad. También podemos encontrar en este tipo de centros ancianos con trastornos de conducta, depresión o deterioro cognitivo grave. Sus funciones principales son mitigar las pérdidas funcionales de los mayores o aminorar sus dificultades. Suelen ofrecer tanto cuidados y servicios terapéuticos, como programas que promuevan el desarrollo socio-cultural. Han de propiciar la capacidad de elección y la mayor

autonomía posible, favoreciendo el mantenimiento del anciano en su medio habitual durante el mayor tiempo posible.

- ⇒ La residencia geriátrica (RG) consiste en un centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o definitivamente personas mayores con algún grado de dependencia. A diferencia del centro de día, la residencia proporciona un hogar alternativo a aquellas personas que, por diferentes motivos, no pueden seguir viviendo en su entorno habitual. En las residencias se proporcionan cuidados socio-sanitarios integrales e interdisciplinarios. Los ancianos atendidos generalmente en estos centros suelen tener importantes problemas de tipo psicofísico o social, como por ejemplo, presentar una gran discapacidad física y/o mental (demencia) que sobrepase las posibilidades de cuidado por parte de la familia o carecer de ella. También viven en residencias aquellos ancianos cuya vivienda no brinda las condiciones precisas a sus necesidades y una adaptación o reparación no resolvería el problema y los que carecen de apoyo social suficiente y padecen un grado considerable de aislamiento. En líneas generales, los objetivos que se persiguen en los centros residenciales son: satisfacer las necesidades elementales, prestar cuidados integrales de larga duración y fomentar el desarrollo personal y la participación, mejorando o facilitando el mantenimiento de la autonomía durante el mayor tiempo. Cuando esto no sea posible, suplir al anciano en sus funciones y garantizar el mayor grado posible de comodidad y calidad de vida.

Las características de los usuarios de centros de día y residencias geriátricas los hacen, a priori, susceptibles de poseer niveles bajos de bienestar y satisfacción personal, habida cuenta de la situación de pérdida psicofísica y social a la que parecen estar sujetos. Por ello, nos parece interesante estudiar su calidad de vida.

## 2.6. Razones que justifican esta Tesis Doctoral

Este estudio pretende identificar en qué medida los factores psicológicos, físicos y sociales se relacionan con la calidad de vida de los ancianos participantes, que se caracterizan por el padecimiento de una enfermedad aguda o subaguda, discapacitante *per se*, o con tendencia a la discapacidad en el transcurso de las semanas previas a la realización del estudio.

Pese a que los ancianos son uno de los colectivos que consume más recursos sociosanitarios, además de presentar una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes que se suman a la involución producida por el paso de los años, es uno de los estratos sociales que ha sido objeto de menos investigación en este campo. La ancianidad conlleva una serie de características diferenciales relevantes, que hacen a este grupo de edad especialmente vulnerable a un uso no crítico de las medidas de calidad de vida, exigiendo su evaluación un estudio específico. Entre estas características podemos destacar (Grimley, 1992):

- ⇒ Pérdida de adaptabilidad biológica asociada a la edad, que hace que el anciano soporte peor, fisiológica y psicológicamente las situaciones estresantes.
- ⇒ Disminución de la adaptabilidad social por la pérdida económica y aislamiento.
- ⇒ Aparición en la sociedad occidental de nuevos valores, conceptos y situaciones que no son los propios de su generación.
- ⇒ Prejuicios ageístas de las sociedades occidentales que desprecian los valores y capacidades del anciano, entre ellas la adecuación de sus juicios y posibilidades de disfrutar.

- ⇒ Aquiescencia e infravaloración por el mismo anciano, debido a los problemas anteriores.
- ⇒ Falta de reconocimiento por parte de la sociedad de la heterogeneidad de la población anciana.

Por todo lo anterior, podemos resumir que las razones que justifican el presente proyecto de Tesis Doctoral son:

1. La escasa investigación en España sobre calidad de vida en el anciano, con un predominio de las publicaciones teóricas, frente a la escasez de investigación aplicada y estudios empíricos (Aguado y Alcedo, 2003).
2. La aceptación de que la morbilidad no puede categorizarse desde una perspectiva exclusivamente organicista, puesto que la evolución de cualquier proceso de enfermedad o discapacidad está influida por factores emocionales y socioeconómicos.
3. Las controversias existentes en la literatura científica actual acerca de la influencia de los diversos factores sobre la calidad de vida del anciano (Gené et al., 1997; Meléndez, Montero, Jiménez y Blanco, 2001; Seculi et al., 2001; Wensing, Vingerhoets y Grol, 2001) y, en particular, el peso del estado afectivo en las escalas de calidad de vida (Coleman, Philp, y Mullee, 1995; Sánchez del Corral et al., 1995).
4. La creencia de que la intervención gerontológica debe orientarse hacia el logro de una vida más cómoda, funcional y satisfactoria, lo que hace necesario conocer qué factores se asocian con el bienestar y la calidad de vida.
5. La necesidad de conocer qué factores se asocian a la calidad de vida del anciano en relación con modelos específicos de atención, como son tres de los niveles asistenciales "clásicos" de un servicio de

geriatría, (unidad de media estancia, hospital de día y consulta externa) y dos niveles sociales (centro de día y residencia).

Para finalizar, con el presente trabajo nos gustaría unirnos a la creciente importancia otorgada a la evaluación de la calidad de vida como medida de resultados en cuidados psicosociales y de salud individuales y de las diversas técnicas e intervenciones, así como para la distribución de recursos.

Este estudio se ha llevado a cabo en diferentes niveles asistenciales sanitarios y sociales, de hospitalización, ambulatorios y residenciales. En todos ellos los pacientes presentaban situaciones clínicas y de discapacidad de diversa índole, con pérdidas funcionales recientes o crónicas y diferentes estados de ánimo. Nos hemos centrado en el análisis de cómo afecta la pérdida funcional y el estado emocional a la percepción del sujeto de su calidad de vida en el momento del estudio.

### **3. HIPÓTESIS DE TRABAJO, MATERIAL Y MÉTODOS DE ESTUDIO**

#### **3.1. Hipótesis de trabajo**

El presente estudio puede concebirse como una investigación de carácter clínico, cuyo objetivo general es identificar los factores predictores de la calidad de vida en los ancianos participantes, que están relacionados con el estado de ánimo y otros aspectos acompañantes. La *hipótesis principal* de la que partimos fue la siguiente:

- ⇒ La calidad de vida en el anciano viene determinada por diversas variables de tipo psicosocial y no sólo por la salud. El conocimiento de estos factores nos ayudará a predecir niveles bajos de calidad de vida.
  - La situación afectiva del anciano influye en su calidad de vida.
  - La pérdida de capacidad funcional, roles y autonomía afecta negativamente a la calidad de vida en el anciano.
  - Existen aspectos sociales que forman parte del concepto de calidad de vida.
  - El estado de salud influye en la calidad de vida del anciano.

Como *hipótesis secundarias* del estudio, se plantean las siguientes:

- ⇒ Estudiar los factores que se asocian a puntuaciones bajas de las escalas de calidad de vida.
- ⇒ El estado afectivo, el grado de discapacidad y los aspectos clínicos y sociales de la enfermedad en el anciano, tienen un alto valor



predictivo de las puntuaciones obtenidas en dos escalas habitualmente utilizadas para medir la calidad de vida en el anciano.

Para lograr los objetivos, a todos los participantes se les administró un mismo cuestionario diseñado con tal propósito y diversos instrumentos de evaluación estandarizados. Entre los aspectos que se investigaron destacan, la situación afectiva, la situación clínica y de discapacidad, la situación social y la calidad de vida. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente con posterioridad.

Se estudiaron las características de todos los ancianos que cumplieron los criterios de inclusión e ingresaron consecutivamente durante un año en los recursos asistenciales que se citan a continuación. En todos los casos se solicitó el consentimiento informado antes de recoger los datos. En el apéndice A se incluye el documento utilizado a tal efecto en esta Tesis Doctoral. Los recursos fueron:

- ⇒ Unidad de media estancia.
- ⇒ Hospital de día.
- ⇒ Consulta externa de geriatría.
- ⇒ Residencia de mayores.
- ⇒ Centro de día.

## **3.2. Participantes**

Para la realización de la presente Tesis Doctoral se recogieron de forma prospectiva los datos de todos los pacientes que dieron su consentimiento informado, atendidos consecutivamente durante un año en todos los recursos asistenciales especializados anteriormente mencionados.

El trabajo de campo se realizó entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2004 en la unidad de media estancia (en adelante, UME) y el hospital de día (en adelante, HD) del Hospital Geriátrico Virgen del Valle de Toledo, la consulta externa (en adelante, CE) del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina y el centro de día (en adelante, CD) y la residencia de ancianos (en adelante, RG) de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha de Talavera de la Reina. Durante este período fueron atendidos 450 pacientes en las unidades citadas. De todos ellos, sólo fueron incluidos en el estudio 242 pacientes (54.0%) y el resto (208) fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión. La causa principal de exclusión fue la presencia de deterioro cognitivo (111 pacientes fueron excluidos del estudio por presentar una

**Tabla 4: Criterios de inclusión/exclusión en el estudio**

**Criterios de inclusión:**

- 1.- Cumplir criterios de paciente geriátrico.
- 2.- Ingresar o ser atendido en cualquiera de las siguientes unidades:
  - a.- Unidad de media estancia del Hospital Virgen del Valle de Toledo.
  - b.- Hospital de día del Hospital Virgen del Valle de Toledo.
  - c.- Consulta externa del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina.
  - d.- Centro de día de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha de Talavera de la Reina.
  - e.- Residencia de ancianos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha de Talavera de la Reina.
- 3.- Aceptar voluntariamente la participación.

**Criterios de exclusión:**

- 1.- Edad < 65 años.
- 2.- No cumplimiento de los criterios de paciente geriátrico.
- 3.- Presencia de deterioro cognitivo definido como  $\geq 2$  en la *Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja*.
- 4.- Presencia de afasia motora o sensitiva que impida la contestación fiable a los distintos cuestionarios.
- 5.- Padecimiento de cáncer u otra enfermedad con esperanza de vida probable < 3 meses a juicio del entrevistador.
- 6.- Pacientes pertenecientes a razas o culturas no occidentales.
- 7.- Presencia de alteración de conciencia, enfermedad psiquiátrica o trastorno de la personalidad que interfiera en la contestación fiable a los cuestionarios.
- 8.- Paciente en tratamiento con fármacos que alteren el nivel de conciencia.

puntuación en la *Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja* de 2, 3, 4 ó 5, ó más de  $3 \pm 1$  errores en el *Test de Pfeiffer*). Otras causas fueron: la no contestación fiable a los cuestionarios (76 casos), el no cumplimiento de los criterios de paciente geriátrico (11 casos) o la presencia de alteraciones de conciencia, de personalidad o trastorno psiquiátrico (8 casos). Algunos de los excluidos acumularon más de un motivo de exclusión. En la tabla 4 podemos ver los criterios de inclusión/exclusión del estudio y en la tabla 5 la descripción de los casos excluidos.

Con respecto al sexo, la mayor parte de los participantes, tanto los incluidos como los excluidos, fueron mujeres (63.5% de los casos), lo que refleja las características demográficas de la población en estudio. La edad media fue de 80.0 años ( $DE = 6.5$ ), con un rango que varía entre los 66 y los 96 años.

Todos los sujetos estudiados (tanto los que fueron incluidos en el estudio, como los que fueron excluidos) eran españoles. Aunque el lugar de

**Tabla 5: Descripción de los casos excluidos y las causas de exclusión**

	Hombres ( $n = 81$ )	Mujeres ( $n = 127$ )
Edad	81.1 (6.84)*	82.1 (6.23)*
Presencia de pluripatología	90.1%	87.4%
Tendencia a la invalidez	96.3%	98.4%
Patología mental acompañante	72.8%	74.8%
Problemática social acompañante	64.2%	65.4%
No cumple criterios de paciente geriátrico	4.9%	5.5%
Deterioro cognitivo	53.1%	53.5%
Cruz Roja Mental	1.5 (1.45)*	1.4 (1.34)*
Nº errores Pfeiffer	3.2 (3.17)*	3.3 (3.12)*
Problemas de fiabilidad en respuestas	37.0%	36.2%
Esperanza de vida < 3 meses	.0%	1.6%
No ser español	.0%	.0%
Alteración de conciencia	4.9%	3.1%

Resultados en porcentajes y (\*) medias ( $DE$ )

nacimiento fue un factor de exclusión, puesto que se consideró que las diferencias culturales podrían sesgar los resultados, este dato puede ser significativo dentro de algunos años, habida cuenta de los cambios demográficos que se están produciendo en el país. Esto tendría implicaciones en los modelos de medición y análisis de los factores de calidad de vida.

### 3.3. Material

El material básico de la investigación ha sido un cuestionario confeccionado de forma expresa para la recogida de datos, con la intención de agrupar en un único documento todas las observaciones que se querían realizar. Dicho documento se realizó a partir del estudio bibliográfico previo y de la experiencia de los investigadores al respecto. Consta de dos partes, una que recoge datos personales, clínicos, situación funcional y datos socioeconómicos, y una segunda parte en la que se incluyen los instrumentos de evaluación estandarizados utilizados para la investigación, que son: la *Escala de Discapacidad Física y Mental de Cruz Roja* (EFCR y EMCR) (Guillén, 1986; González et al., 1992), el *Índice de Barthel* (IB) (Mahoney y Barthel, 1965), el *Test de Pfeiffer* (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975), la *Escala de Depresión Geriátrica* (GDS) (Yesavage et al., 1982, 1983; Sheik y Yesavage, 1986), la *Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia* (PGC) (Lawton, 1975) y el *Cuestionario de Salud SF-36* (Ware y Sherbourne, 1992). Más delante se describen detalladamente todos los instrumentos utilizados en este estudio: la *Escala de Depresión Geriátrica*, la *Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia*, el *Cuestionario de Salud SF-36*, el *Índice de Barthel*, el *Test de Pfeiffer* y las *Escalas de Cruz Roja*.

Desde noviembre de 2003 a marzo de 2004 se realizaron algunas modificaciones en el cuestionario de recogida de datos; durante los meses

previos a la recolección, se ajustó desde un punto de vista teórico, mientras que las revisiones de enero de 2004 fueron las más significativas para el trabajo, puesto que se hicieron a partir de la realización de entrevistas con los participantes, gracias a las cuales se ajustó el cuestionario definitivo, del que se hicieron 5 revisiones. En el apéndice A podemos ver la versión definitiva del cuestionario y en el apéndice B los instrumentos estandarizados de evaluación utilizados para la recogida de datos.

### **3.3.1. Variables recogidas**

Se recogieron dos grupos diferenciados de variables: las relacionadas con la calidad de vida y el estado de ánimo y otras variables demográficas, clínicas, funcionales y de control. En el primer grupo se incluyen los resultados de los instrumentos estandarizados utilizados en el estudio, mientras que en el segundo grupo también se incluyó alguna pregunta de control acerca de la percepción subjetiva de la calidad de vida, que nos sirvió para contrastar los datos.

Las variables estudiadas, fueron:

1. **Datos generales:** edad, sexo, procedencia, estancia previa en hospital, etc.
2. **Datos clínicos:** motivo de ingreso, diagnóstico principal, número de diagnósticos, presencia de dolor, etc.
3. **Problemas geriátricos:** úlceras por presión, inmovilismo, caídas, polifarmacia, problemas auditivos o visuales, etc.
4. **Grado de discapacidad física:** evaluado mediante la *Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja* y el *Índice de Barthel*. Ambos instrumentos evalúan el grado de dependencia en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, clasificando a los pacientes

según una escala de 0 a 5 y de 0 a 100, respectivamente. En el caso de la *Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja*, las puntuaciones más bajas indican mayor independencia, mientras que en el *Índice de Barthel* es a la inversa.

5. **Situación cognitiva:** evaluada mediante la *Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja* (clasifica el grado de deterioro cognitivo en 6 niveles, desde 0 hasta 5, en donde 0 es la ausencia de deterioro y 5 la vida vegetativa) y el *Test de Pfeiffer*, que evalúa diferentes aspectos del funcionamiento intelectual en 10 preguntas correspondientes a diferentes funciones cognitivas. Clasifica a los sujetos en tres grupos: funcionamiento intelectual intacto (0-2 errores), deterioro cognitivo leve (4-5 errores) y deterioro cognitivo moderado (5-7 errores).
6. **Situación afectiva:** evaluada mediante la *Escala de Depresión Geriátrica* de Yesavage et al. (1982, 1983) (GDS), en su versión de 30 ítems. Esta escala proporciona información acerca de la sintomatología depresiva en el anciano.
7. **Situación social:** se recogieron datos sobre el nivel de educación, vivienda, relaciones sociales, presencia de confidente, estado civil, etc.
8. **Calidad de vida relacionada con la salud:** se midió con el *Cuestionario de Salud SF-36*, diseñado para evaluar el estado de salud en la práctica clínica y en investigación, para evaluar políticas sanitarias y para ser usado en encuestas generales de población. Es una escala multi-ítem breve, fácil de contestar y rápida, puede autoadministrarse y ha demostrado elevados grados de validez, fiabilidad y consistencia interna. Para cada población se utilizan valores de referencia con la intención de incrementar su interpretabilidad clínica (Deyo y Carter, 1992).
9. **Concepto global de bienestar subjetivo:** evaluado mediante la *Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia*, que es una de las

más utilizadas en la literatura científica. Se ha desarrollado para uso con "ancianos frágiles\*", tanto institucionalizados, como en los que viven en la comunidad. Es sensible a intervenciones socio-sanitarias.

10. **Otros:** consumo de tabaco y alcohol, creencias religiosas, valores que el sujeto más aprecia, etc. Esta última variable intenta evaluar la adecuación de los parámetros incluidos en las escalas de calidad de vida aplicadas al anciano.

En todos los ítems, las posibles respuestas estaban predeterminadas, aunque también se incluía la posibilidad de recoger otras, especificar en determinados casos (en aquellos en que la respuesta no estuviese incluida en las opciones predefinidas, como por ejemplo, en el diagnóstico principal, la vivienda habitual, el cuidador principal, etc.), o bien, observaciones que fueran necesarias para clarificar los datos.

### **3.3.2. Instrumentos utilizados**

#### **3.3.2.1. Escala de Depresión Geriátrica**

Para la evaluación del estado de ánimo en nuestro trabajo, tras discutir ampliamente con expertos y probar otras posibilidades, se decidió utilizar la versión no reducida de la *Escala de Depresión Geriátrica* (GDS) de Yesavage et al. (1982, 1983), que se ha mostrado útil en el anciano. Nos inclinamos por la utilización de esta versión larga porque la reducida ha mostrado correlaciones bajas ( $r = .66$ ) con respecto a la de 30 ítem (Fernández-Ballesteros, 1992). Su

---

\* Se entiende por anciano frágil aquel en que están presentes varias de las siguientes características: (1) generalmente mayor de 80 años, (2) con patología múltiple o patología crónica con elevada tendencia a la invalidez, (3) con cierto grado de discapacidad que dificulta el autocuidado personal, precisando ayuda en la realización de actividades básicas de la vida diaria: alimentación, deambulacion, continencia, baño, vestido, uso del retrete, etc., (4) con deterioro cognitivo, (5) polifarmacia, (6) aislamiento social, soledad, pobreza, (7) viudedad

simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que este instrumento sea ampliamente recomendado en el cribado general de la depresión en el paciente geriátrico (Bonin-Guillaume, Climent, Chassain y Léger, 1995; Salamero, Boget y Farolera, 1999; Burns, Lawlor y Craig, 1999).

La escala fue validada en España por González (1988), que realizó los primeros estudios introduciendo modificaciones sustanciales (la redujo a 20 ítems y la convirtió en una escala de respuesta). Una segunda adaptación del GDS fue validada por Ramos, Montejo, Lafuente, Ponce de León y Moreno (1991) y Salamero y Marcos (1992). A ellas y al instrumento original de Yesavage et al. (1982, 1983) nos remitimos.

Con respecto a sus propiedades psicométricas, los índices son buenos para la versión de 30 ítems. Tiene una elevada consistencia interna y correlaciona bien con otras escalas, como las de Hamilton (1960) y Zung (1965) (validadas en castellano por Ramos y Cordero, 1988 y Conde, Escribá e Izquierdo, 1970, respectivamente). Tiene una buena validez predictiva (sensibilidad 84.0%, especificidad 95.0%, para un punto de corte  $\geq 15$ ; y del 100.0% y 80.0%, respectivamente, para un punto de corte  $\geq 11$ ) (Yesavage et al., 1982, 1983; Burke, Rodney, Roccaforte y Wengel, 1992), datos estos confirmados en los estudios realizados en nuestro medio (Ramos et al., 1991; Salamero y Marcos, 1992).

Su puntuación total se relaciona con los componentes cognitivo-conductuales de la depresión, aunque se observan dos factores sólidos, uno anímico y otro ligado al bienestar subjetivo. Para este trabajo, como se ha propuesto en otros estudios (Sheikh et al., 1991; Abraham, Wofford, Lichtenberg y Holroyd, 1994), además de evaluar los resultados globales de la

---

reciente, (8) cambio de domicilio reciente, (9) haber sido hospitalizado recientemente y/o (10) situación que es causa potencial de deterioro funcional y pérdida de autonomía.



escala, hemos agrupado los ítems de la misma en seis factores, como sugieren Rodríguez-Testal, Valdés y Benítez (2003):

- ⇒ Factor I: estado de ánimo depresivo y ansioso (8 ítems).
- ⇒ Factor II: bienestar y optimismo (8 ítems).
- ⇒ Factor III: preocupaciones y pesimismo (5 ítems).
- ⇒ Factor IV: funcionamiento cognitivo (3 ítems).
- ⇒ Factor V: pérdida de interés y anhedonia (4 ítems).
- ⇒ Factor VI: actividad social (2 ítems).

Estos factores parecen coincidir en los diferentes estudios, tanto en contenido, como en grado de explicación de la varianza (el 43.0% según Sheikh et al., (1991), y el 44.3%, según Rodríguez-Testal et al. (2003), aunque difieren en algunos aspectos. En los trabajos de Sheik et al., y de Rodríguez-Testal et al., si bien se identificaron cinco factores con idéntico modo de extracción, sólo existe coincidencia absoluta en el factor de actividad social, que es idéntico. El del estado de ánimo coincide en 5 de los 9 ítems y el de bienestar y optimismo está muy próximo en todos los ítems (falta el 1 y el 21). Otros estudios coinciden en la definición y contenido general de los componentes de la escala, más que en el tipo y producto factorial en concreto (Parmelee, Lawton y Katz, 1989; Abraham, Wofford, Lichtenberg y Holroyd, 1994).

En este trabajo hemos utilizado los dos factores más sólidos hallados, tanto por Abraham, Wofford, Lichtenberg y Holroyd (1994), como por Rodríguez-Testal et al. (2003), que son los que mejor caracterizan la sintomatología depresiva del anciano: el componente anímico (disfórico) y el de bienestar (satisfacción).

En la tabla 6 se describen los seis factores del GDS y los ítem que componen cada uno de ellos. El instrumento completo utilizado en la investigación se incluye en el apéndice B.

<b>Tabla 6: Descripción de los factores que componen el GDS (Rodríguez-Testal et al. (2003))</b>	
<b>FACTOR I: ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO Y ANSIOSO</b>	03. ¿Siente que su vida está vacía?
	04. ¿Se siente a menudo aburrido?
	06. ¿Tiene pensamientos que le molestan y no puede quitarse de la cabeza?
	10. ¿Se siente a menudo desamparado o indefenso?
	11. ¿Se siente a menudo intranquilo?
	16. ¿Se siente a menudo triste y desanimado?
	22. ¿Piensa que su situación es desesperada?
	25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?
<b>FACTOR II: BIENESTAR Y OPTIMISMO</b>	01. ¿Está satisfecho con su vida?
	05. ¿Tiene esperanza en el futuro?
	07. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?
	09. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
	15. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?
	19. ¿Cree que la vida es muy interesante?
	21. ¿Se siente lleno de energía?
	27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?
<b>FACTOR III: PREOCUPACIONES Y PESIMISMO</b>	13. ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?
	18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?
	24. ¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?
	26. ¿Tiene problemas para concentrarse?
	29. ¿Le resulta fácil tomar decisiones?
<b>FACTOR IV: FUNCIONAMIENT O COGNITIVO</b>	14. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?
	23. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?
	30. ¿Su mente está tan clara como antes?
<b>FACTOR V: PÉRDIDA DE INTERÉS Y ANHEDONIA</b>	02. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?
	08. ¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?
	17. ¿Se siente usted inútil?
	20. ¿Le cuesta emprender nuevos proyectos?
<b>FACTOR VI: ACTIVIDAD SOCIAL</b>	12. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?
	28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?

### **3.3.2.2. Test de Pfeiffer y Escala de Discapacidad Mental Cruz Roja**

Uno de los instrumentos de rastreo del deterioro cognitivo en personas de edad avanzada más utilizados es el *Short Portable Mental Status Questionnaire* realizado por Pfeiffer (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975). Fue diseñado a partir del *Mental Status Questionnaire de Kahn* (Kahn, Goldfarb, Pollack y Peck, 1960) y, como éste, consta de 10 ítems elaborados a partir de 31 preguntas tradicionalmente utilizadas por los clínicos para evaluar capacidades cognitivas.

Se trata de un instrumento heteroaplicado, rápido (no más de 5 minutos), de fácil administración, que no requiere un entrenamiento específico y ampliamente utilizado por los profesionales (Nelson, Fogel y Faust, 1986; Ser, Morales y Bermejo, 1993; Soler y Gascón, 1994; García de Blas, Miguel y Bermejo, 1995; Sellers, Pérez y Cacabelos, 1997). No requiere ningún material específico para su cumplimentación y es aplicable a personas con bajo nivel de escolarización.

El cuestionario ha sido adaptado al castellano de forma libre en algunos estudios, pero sin haberse validado específicamente. González, Rodríguez y Ruipérez (1992) midieron la fiabilidad y validez del SPMSQ, pero en población seleccionada y sin realizar previamente una adaptación transcultural. Martínez et al. (2001) obtuvieron la versión española del cuestionario, mediante la adaptación transcultural y la validación del instrumento en mayores de 65 años.

Fue diseñado para detectar la presencia y el grado de deterioro cognoscitivo en población general y consta de 10 ítems que evalúan cuatro parámetros: la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre hechos cotidianos y la capacidad para realizar un trabajo matemático seriado. Los puntos de corte propuestos en la versión española del cuestionario son:

⇒ De 0 a 2 errores: funcionamiento cognitivo normal.

- ⇒ De 3 a 4 errores: deterioro leve.
- ⇒ De 5 a 7 errores: deterioro moderado.
- ⇒ De 8 a 10 errores: deterioro grave.

El instrumento introduce una corrección según el nivel de escolarización del individuo, permitiendo un error más si el sujeto no posee estudios primarios, y uno menos, si tiene estudios superiores (Gonerman, Zunzunegui, Martínez y Onís, 1999).

En lo que respecta a sus propiedades psicométricas, posee una elevada sensibilidad y especificidad, aunque las cifras varían en los distintos estudios entre el 67.0% y el 100.0% (sensibilidad) y el 82.0% y el 100.0% (especificidad) (Pfeiffer, 1975; Fillembaum, Heyman, Williams, Prosnitz y Burchett, 1990; González, Rodríguez y Ruipérez, 1992; Martínez et al., 2001). En el estudio de Martínez et al., la fiabilidad interobservador e intraobservador, medidas a través del cálculo del índice Kappa ponderado, obtuvo valores de .73 y .93, respectivamente. La consistencia interna alcanzó un valor de .82. La validez convergente alcanzó un coeficiente de correlación de Spearman de .58 a .74 al comparar el SPMSQ otros instrumentos de similares características. En la validez divergente, el coeficiente de correlación de Spearman fue de .23.

La *Escala de Cruz Roja Mental* (ECRM) (Guillén, 1986), es un instrumento de evaluación cognitiva rápida que clasifica el grado de discapacidad mental de los sujetos en 6 niveles, desde 0 (normalidad) hasta 5 (deterioro cognitivo grave). Al igual que el *Test de Pfeiffer*, es una escala heteroadministrada que destaca por su sencillez, facilidad de administración, rapidez de aplicación y amplia utilización en nuestro medio. Se trata de un instrumento de manufactura española, desarrollado en el Servicio de Geriátría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y publicado por primera vez en 1972.

Evalúa la presencia de trastornos de memoria, desorientación, alteraciones del comportamiento, alteraciones del lenguaje e incontinencia por deterioro mental. Su interpretación es sencilla; simplemente se considera mayor o menor deterioro en función del grado seleccionado por el entrevistador a partir de la anamnesis y/o la observación del paciente. Posee una serie de limitaciones, como por ejemplo, su falta de precisión para los grados intermedios de deterioro, la subjetividad de algunas de las definiciones de sus grados y la falta de instrucciones de aplicación, que dificultan su utilización y la comunicación entre profesionales. Sin embargo, es una escala que ha sido ampliamente utilizada como instrumento de cribado en nuestro país.

Sus propiedades psicométricas fueron estudiadas por González, Rodríguez y Ruipérez (1992), que hallaron una sensibilidad del 100.0% y una especificidad del 93.0% para un punto de corte de 2, lo que determina una buena validez diagnóstica. Su fiabilidad interobservadores mostró un coeficiente de correlación de .79. La ECRM presenta una elevada validez concurrente con el SPMSQ (coeficiente de correlación de Spearman de .81) y con otras pruebas de valoración funcional (coeficientes del orden de .51 a .68).

Ambos instrumentos se incluyen en el apéndice B de esta Tesis Doctoral.

### **3.3.2.3. Índice de Barthel y Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja**

Si revisamos la literatura científica sobre los aspectos más relevantes que influyen en el proceso de envejecimiento exitoso y, por tanto, una de las áreas prioritarias en cuanto a su evaluación y análisis, vemos que existe acuerdo casi unánime en señalar que el funcionamiento en la vida diaria ocupa un lugar destacado (Montorio, 1994).

En nuestro estudio hemos incluido como una de las cuestiones de mayor interés el conocimiento de cómo el desempeño de las actividades de la vida diaria influye en la percepción que tiene el sujeto de su calidad de vida. Para ello, hemos utilizado dos instrumentos ampliamente aplicados y validados en nuestro país, que evalúan las actividades básicas de la vida diaria: el *Índice de Barthel* (Mahoney y Barthel, 1965) y la *Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja* (Guillén, 1986).

El *Índice de Barthel* (IB) es uno de los instrumentos más utilizado en la práctica gerontológica actual a nivel nacional e internacional. Es un escala heteroadministrada que evalúa diez aspectos de la vida diaria, es rápida y fácil de usar. La información es recogida por un profesional entrenado a través de la observación o de entrevistas al paciente, a un familiar o a un cuidador cercano.

Aunque existen diferentes versiones y modificaciones de la escala, en este trabajo hemos utilizado la clásica de 10 ítems, traducida por Baztán et al. (1993). El IB no requiere una adaptación lingüística propiamente dicha; sólo es necesario realizar una traducción simple de las actividades y categorías de puntuación. Incluye las actividades básicas de alimentación, baño, aseo personal, control de esfínteres, uso del retrete, traslado sillón-cama, deambulación y escaleras. El instrumento evalúa el grado de dependencia en una escala de 0 a 100, en la que 0 es la dependencia total y 100 (90 en el caso de que el sujeto vaya en silla de ruedas), la normalidad e independencia plenas. Clasifica a los pacientes en 4 grupos de dependencia, para los cuales se han propuesto los siguientes puntos de corte (Baztán et al., 1993):

- ⇒ < 20: totalmente dependiente.
- ⇒ 20 - 35: dependencia grave.
- ⇒ 40 - 55: dependencia moderada.
- ⇒ ≥ 60: dependencia leve.
- ⇒ 100: totalmente independiente.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, Loewen y Andersen (1988) describieron una buena fiabilidad intra e interobservador, con unos índices Kappa entre .84 y .97 y entre .47 y 1.00, respectivamente. Roy, Togneri, Hay y Pentland (1988) informaron de una fiabilidad interobservador muy elevada en un estudio que utilizaba tres evaluadores (un médico y dos fisioterapeutas). En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de .86 a .92, para la versión original.

Ofrece una alta validez concurrente con el *Índice de Katz* y la *Escala de Evaluación del Autocuidado de Kenny* (Gresham, Philips y Labi, 1980). Destaca su validez predictiva de estancia e ingresos hospitalarios, mortalidad, beneficios de una intervención rehabilitadora, capacidad para seguir viviendo en la comunidad y la vuelta a la vida (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997). Wade y Hewer (1987) realizaron una evaluación de la validez del IB en 572 pacientes con accidente cerebrovascular agudo mediante la comparación con un índice de motricidad, obteniendo correlaciones significativas entre .73 y .77.

Por sus características de validez, fiabilidad y sensibilidad, es una escala de gran utilidad para describir el estado de funcionalidad física del anciano y detectar los cambios, y, aunque ha sido criticada por su escasa sensibilidad para medir pequeñas alteraciones, parece uno de los mejores y más utilizados instrumentos de evaluación del funcionamiento físico del anciano.

La *Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja* (ECRF) evalúa las actividades de vida diaria, clasificando los grados de discapacidad física en 6 niveles, desde 0 (máxima independencia) hasta 5 (máxima dependencia, vida cama-sillón). Evalúa de forma especial la movilidad y el control de esfínteres y, de manera más genérica, la capacidad para el autocuidado.

Hemos seleccionado esta escala porque es, probablemente, la escala de valoración funcional más ampliamente utilizada en nuestro entorno, pese a lo cual no existen excesivos datos acerca de sus cualidades psicométricas. Es una escala heteroadministrada. Su cumplimentación es sencilla y rápida (menos de 5 minutos), y no precisa de entrevistador entrenado. La información se obtiene mediante entrevista con el paciente o, si su capacidad cognitiva lo impide, de su cuidador o familiares. Al igual que la *Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja*, se publicó en 1972.

Tiene una alta concordancia con el *Índice de Katz* para grados de discapacidad leves y graves (González et al., 1991), y con otras escalas funcionales (Gamboa, Morlanes, Galindo, Cucullo y Calvo, 1992), y su valor predictivo de mortalidad para grados de dependencia grave es alto (Serra, Rexach, Cruz, Gil y Ribera, 1992). Parece tener buena sensibilidad para detectar cambios en pacientes atendidos en hospital de día o unidades de rehabilitación, y en el seguimiento de ancianos frágiles atendidos en su domicilio (Carbonell, Martínez, Marcos, Mesas y Salgado, 1986; González, Jaramillo, Rodríguez, Guillén y Salgado, 1990; Serra et al., 1992; Gamboa, Morlanes, Galindo, Cucullo y Calvo, 1992), pero su reproducibilidad interobservador es baja (González et al., 1991).

También se ha estudiado su validez concurrente con el *Índice de Barthel*, concluyendo que ésta es elevada. La ECRF presenta aceptables sensibilidad y especificidad frente al *Índice de Barthel* para la discapacidad física en servicios de geriatría, aunque desconocemos el grado de validez y fiabilidad en muestras de ancianos residentes en la comunidad, en los que la prevalencia de ésta y el deterioro mental son considerablemente menores.

Con respecto a las limitaciones de este instrumento, la precisión de sus ítems es menor en los grados intermedios de discapacidad, que es cuando la



exactitud en la evaluación adquiere mayor dificultad (es más fácil clasificar un paciente que "está muy bien" o "muy mal", que otro que presenta un deterioro parcial). Otro problema añadido es que la interpretación de sus niveles de dependencia tiene un elevado componente subjetivo. Por otro lado, tampoco existen instrucciones para su aplicación, lo que dificulta su utilización y la comunicabilidad de sus resultados.

En nuestro país es una escala que ha sido ampliamente utilizada como instrumento de *screening* para detectar necesidades socio-sanitarias de la población anciana, así como para conocer la situación de independencia-dependencia funcional de los ancianos en diversos ámbitos.

Ambos instrumentos, en sus versiones en castellano, se incluyen en el apéndice B de esta Tesis Doctoral.

#### **3.3.2.4. Cuestionario de Salud SF-36**

Para la medición de la calidad de vida existen una serie de instrumentos genéricos de medición, cuyo origen está en las expresiones que las personas utilizan cuando están enfermas. A su vez, estos instrumentos los podemos dividir en dos grupos: aquellos que relacionan la calidad de vida con la salud y aquellos que consideran la calidad de vida como un concepto más global. Los primeros definen la calidad de vida en función de la repercusión de síntomas, enfermedades y tratamientos (dolor, insomnio, deterioro funcional y social, etc.) sobre el estado de ánimo (Guillén, 1990), mientras que los segundos intentan medir el bienestar subjetivo en su sentido más amplio (Fletcher, Dickinson y Philp, 1992).

En lo que se refiere a la valoración de la calidad de vida en el anciano, algunos autores señalan la importancia de utilizar ambos tipos de medidas

(González y Salgado, 1995; Grimley, 1992) para la obtención de un perfil de más acertado, por lo que hemos optado por incluir una escala de cada grupo. Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, se ha seleccionado el *Cuestionario de Salud SF-36* (Short Form 36) (Ware y Sherbourne, 1992; Alonso, Prieto y Antó, 1995, adaptación española). Tiene sobre otros cuestionarios las ventajas de ser más sensible a bajos niveles de salud física y su brevedad (Wensing, Vingerhoets y Grol, 2001; Brazier, Harper y Jones, 1992). Se ha mostrado útil en el anciano (Hayes, Morris, Wolf y Morgan, 1995) y está traducido y validado en múltiples idiomas, incluida la adaptación española que se utilizará en este proyecto (Aaronson, Acquadro, Alonso, Apolone y Bucquet, 1992; Alonso et al., 1995).

Originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, el *Cuestionario de Salud SF-36* ha sido traducido y adaptado a través del proyecto *Internacional Quality of Life Assessment* (IQOLA, evaluación internacional de la calidad de vida) (Aaronson et al., 1992; Ware, Gandek y The IQOLA Project Group, 1994). La traducción al castellano se realizó siguiendo un protocolo común para todos los países participantes en el proyecto IQOLA, basado en el método de traducción y retrotraducción para profesionales y en la realización de estudios piloto con pacientes. Su adaptación a la población española ha sido evaluada a través de diversos estudios citados anteriormente, por el grupo de Alonso y Prieto (Alonso et al., 1995; Prieto, Alonso, Ferrer y Antó, 1997). Ayuso-Mateos, Lasa, Vázquez-Barquero, Oviedo y Díez-Manrique (1999) han descrito niveles adecuados de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio del cuestionario.

El *Cuestionario de Salud SF-36* es una escala de 36 ítems que explora ocho dimensiones del estado de salud (función física, función social, limitaciones del rol por problemas físicos, limitaciones del rol por problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general). Además, existe una cuestión, no incluida en estas ocho categorías, que explora

los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. En la tabla 7 podemos ver las subescalas que contiene, así como una explicación general de los aspectos que evalúa cada una de ellas.

Con respecto a la corrección del cuestionario, se han propuesto diferentes modos de realizarla. El primero de ellos, consiste en analizar las puntuaciones crudas, una vez recodificadas, conforme a los criterios del manual de puntuación del cuestionario (Ware et al., 1995). Esta forma de puntuación otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal. Existe una segunda corrección, que propone transformar las puntuaciones crudas de cada dimensión a una escala de 0 a 100, en la que 0 es el peor estado de salud posible medido por el

<b>Tabla 7: Descripción de las ocho subescalas que componen el SF-36 y del ítem de evolución declarada de la salud</b>		
<b>SUBESCALA</b>	<b>Nº ÍTEMS</b>	<b>DESCRIPCIÓN GENERAL</b>
<b>FUNCIÓN FÍSICA</b>	10	Grado en que la salud limita las actividades físicas, como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y realizar esfuerzos moderados o intensos.
<b>ROL FÍSICO</b>	4	Grado en que la salud física interfiere con las actividades diarias, incluyendo una disminución del rendimiento, limitaciones en el tipo de actividades o dificultad para realizarlas.
<b>DOLOR CORPORAL</b>	2	Intensidad del dolor y su efecto en las tareas cotidianas, tanto dentro, como fuera del domicilio.
<b>SALUD GENERAL</b>	5	Valoración personal de la salud, incluyendo la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse.
<b>VITALIDAD</b>	4	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y agotamiento.
<b>FUNCIÓN SOCIAL</b>	2	Grado en que los problemas de salud física y/o emocional interfieren en la vida social habitual.
<b>ROL EMOCIONAL</b>	3	Grado en que los problemas emocionales interfieren con las actividades diarias, incluyendo la disminución del tiempo dedicado a estas actividades, la merma en el rendimiento deseado y/o una disminución en el estándar personal.
<b>SALUD MENTAL</b>	5	Salud mental general, incluyendo la depresión, la ansiedad, el control emocional y el afecto positivo en general.
<b>EVOLUCIÓN SALUD</b>	1	Valoración de la salud actual comparada con la de un año antes.

cuestionario, y 100, el mejor. En este caso, no todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Las fórmulas para transformar las puntuaciones, así como los mínimos y máximos posibles y el recorrido de cada ítem, se encuentran también en el manual de puntuación.

El instrumento dispone de valores de referencia normalizados en la población general, lo que resulta de gran utilidad. Las medias y las desviaciones estándar (*DE*) de cada una de las dimensiones del SF-36 se han calculado por sexo y grupo de edad (Alonso et al., 1998). En la tabla 8 podemos ver los datos referidos a los grupos etáreos que nos interesan en este trabajo.

<b>Tabla 8: Valores poblacionales de referencia de la versión española del SF-36</b>				
<b>SUBESCALA</b>	<b>65 - 74 años</b>		<b>≥ 75 años</b>	
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>FUNCIÓN FÍSICA</b>	68.9 (27.6)	61.3 (27.3)	60.0 (28.4)	45.2 (28.6)
<b>ROL FÍSICO</b>	75.5 (40.4)	63.2 (45.0)	75.7 (41.0)	55.8 (47.3)
<b>DOLOR CORPORAL</b>	76.7 (28.4)	59.0 (31.7)	76.2 (28.8)	60.1 (33.6)
<b>SALUD GENERAL</b>	57.5 (22.7)	48.6 (22.9)	51.0 (23.5)	49.7 (23.8)
<b>VITALIDAD</b>	61.3 (23.0)	53.1 (22.8)	57.3 (24.7)	50.0 (24.3)
<b>FUNCIÓN SOCIAL</b>	86.2 (22.5)	79.1 (26.6)	81.3 (28.8)	76.3 (28.4)
<b>ROL EMOCIONAL</b>	87.0 (32.2)	73.2 (42.4)	88.0 (31.6)	75.6 (42.2)
<b>SALUD MENTAL</b>	75.5 (21.1)	63.5 (21.7)	70.3 (22.2)	66.8 (21.8)

Resultados en media (*DE*)

Sea cual sea el método de corrección empleado, los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud reflejan. El cuestionario no está diseñado para proporcionar un

índice global, aunque se pueden obtener puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los ítems, que se codifican y transforman en dos componentes resumen (o componentes estandarizados), el físico y el mental, que permiten comparar los resultados obtenidos con los referentes poblacionales. Para la población española, estos dos componentes resumen tienen una puntuación media de 50.0 ( $DE = 10.0$ ), lo que significa que todas las puntuaciones por encima y por debajo son mejores o peores, respectivamente, que las de la población general.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el SF-36 es un instrumento que posee una alta fiabilidad, ya que tiene una elevada consistencia interna (Brazier, Harper y Jones, 1992) (.80 para todas las escalas, excepto la de función social, que es .76). El coeficiente de correlación intraclase es de .85 (Beaton, Bombardier y Hogg-Johnson, 1994). La validez test-retest es de .80 para las subescalas de función física, vitalidad y percepción general de la salud, y .60 para la función social. Si la comparación se realiza con 6 meses de diferencia (Nerenz, Repasky, Whitehouse y Kahkonen, 1992), los valores oscilan entre .60 y .90, excepto para el dolor, que desciende a .43. Los estudios psicométricos de la adaptación al castellano, son similares a los originales, excepto para la fiabilidad de la función social, que son un poco más bajos. La validación española ha encontrado valores consistentes y superponibles a los de la escala original.

En el apéndice B podemos ver la versión traducida del SF-36 utilizada en este estudio.

### **3.3.2.5. Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia**

Por lo que se refiere a las medidas subjetivas de bienestar, la *Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale* (PGC) (Lawton, 1972; Stock, Okun y

Gómez, 1994, adaptación española) evalúa el estado de ánimo, considerado como uno de los componentes del constructo multidimensional del bienestar psicológico, entendido como una sensación de satisfacción con uno mismo, de tener un sitio en la vida y de aceptación de lo que no se puede cambiar (Lawton, 1972). Es un instrumento diseñado específicamente para su uso en el anciano, su administración es sencilla y tiene una buena fiabilidad sin provocar la fatiga del entrevistado, gracias a su brevedad (Knapp, 1976). Ha sido recomendada por la *British Geriatrics Society* y el *National Institute of Aging* de Estados Unidos (The Royal College of Physicians of London and the British Geriatrics Society, 1992).

Aunque hay diferentes versiones de la PGC, la más utilizada es la que contiene 17 preguntas que hacen referencia a tres dimensiones del bienestar:

- ⇒ Agitación (6 ítems): se refiere a elementos que evalúan ansiedad o humor disfórico.
- ⇒ Actitud hacia el propio envejecimiento (5 ítems): evaluación del cambio autopercibido.
- ⇒ Insatisfacción y soledad (6 ítems): grado de aceptación o insatisfacción por la interacción social experimentada.

En la tabla 9 podemos ver los ítems de la escala que forman cada una de las tres dimensiones. El instrumento original traducido utilizado en el trabajo está incluido en el apéndice B.

Por lo que respecta a la forma de puntuación, a cada respuesta que indica una actitud positiva se le asigna un punto, sin que se haya establecido un punto de corte óptimo. Para obtener el índice de satisfacción global, basta con sumar todas las puntuaciones obtenidas en los ítems de cada una de las dimensiones.

**Tabla 9: Descripción de los factores que componen la PGC (Lawton, 1975)**

<b>FACTOR I: AGITACIÓN</b>	04. ¿Ve usted bastante a sus amigos y parientes?
	07. ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?
	12. ¿Tiene usted miedo de muchas cosas?
	13. ¿Se enfada usted más de lo que solía hacerlo antes?
	16. ¿Encuentra las cosas pesadas?
	17. ¿Se viene usted abajo con facilidad?
<b>FACTOR II: ACTITUD HACIA AL PROPIO ENVEJECIMIENTO</b>	01. Las cosas se han puesto peor a medida que usted ha envejecido?
	02. ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?
	06. ¿Se siente usted menos útil a medida que envejece?
	08. ¿A medida que envejece las cosas le parecen mejores de lo que esperaba?
	10. ¿Es usted tan feliz ahora como cuando era más joven?
<b>FACTOR III: INSATISFACCIÓN Y SOLEDAD</b>	03. ¿Se siente usted muy solo?
	05. ¿Se molesta usted más este año por pequeñeces?
	09. ¿A veces piensa usted que la vida no merece la pena vivirse?
	11. ¿Tiene usted muchos motivos para estar triste?
	14. ¿Su vida es dura la mayor parte del tiempo?
	15. ¿Está satisfecho con su vida actual?

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la PGC ha mostrado elevados niveles de validez y fiabilidad tanto en su versión original (Lawton, 1975; Morris y Sherwood, 1975), como en su adaptación al castellano (Montorio, 1990). Lawton (1972), presentó un coeficiente de fiabilidad de dos mitades de .74 y un coeficiente de consistencia interna de .81 (Montorio, 1994). Los coeficientes de fiabilidad test-retest varían entre .75 (después de 3 meses) y .91 (después de 5 semanas).

### **3.4. Procedimiento**

Dadas las características del estudio, el diseño de la investigación fue descriptivo, prospectivo, transversal, correlacional y aplicado. Se estudiaron todos los casos que ingresaron de forma consecutiva en las unidades citadas durante un año natural. Como criterio temporal, las entrevistas fueron realizadas directamente con los participantes dentro de los primeros siete días desde su ingreso. De este modo evitábamos el sesgo adaptativo de los pacientes a su nueva situación (de ingreso hospitalario, discapacidad, cambio de entorno, etc.), pero, por otro lado, nos asegurábamos que todos ellos eran entrevistados dentro de un período de tiempo determinado.

En todos los casos se recogieron los datos de codificación, personales, de procedencia y estadísticos, pasando a continuación a decidir si el caso cumplía o no los criterios de inclusión. Si el resultado era positivo, a continuación se completaba todo el protocolo. Esta labor fue realizada mediante entrevista personal, contando ocasionalmente con la ayuda del personal de apoyo de la unidad. Previamente se realizó un entrenamiento específico para la aplicación del protocolo.

En todos los casos se solicitó el consentimiento informado antes de proceder a recoger los datos. El documento utilizado para ello se incluye en el apéndice A.

La duración aproximada de la entrevista con cada participante fue de unos 45-55 minutos. Se llevaron a cabo en las unidades hospitalarias, ambulatorias y residenciales citadas, en un horario en que no se interfería con el funcionamiento normal de cada centro.



Cronológicamente, el estudio se llevó a cabo de la siguiente forma:

- ⇒ Construcción del cuestionario y selección de los instrumentos estandarizados a utilizar para medir los distintos aspectos del estudio.
- ⇒ Estudio piloto con una pequeña muestra (15 casos) para:
  - Revisar el cuestionario y los instrumentos de medida seleccionados a partir de los puntos débiles y dificultades encontradas en su aplicación.
  - Comprobación del tiempo utilizado en la aplicación del protocolo en cada caso-estudio.
- ⇒ Tabulación de los datos y control de calidad de los mismos.

Para llevar a cabo el estudio se solicitó la autorización de todos los centros participantes y el permiso de los responsables respectivos para que los investigadores pudieran utilizar las instalaciones y equipos del centro, bajo su responsabilidad, y sin que ello supusiera ningún coste ni alteración del funcionamiento normal de la institución: la autorización se estableció para los fines a los que hace referencia el estudio, a saber: establecer la influencia de estado de ánimo y la discapacidad física en la calidad de vida en los ancianos incluidos en el estudio. Para lograr este objetivo, el equipo de investigación aportó los medios necesarios, y, en todo momento, se hizo responsable de cualquier daño que los equipos o instalaciones pudieran sufrir, como consecuencia directa de la realización del estudio.

### **3.4.1. Análisis estadístico**

Los datos obtenidos se almacenaron en una base de datos creada para este propósito con el programa Microsoft Access 2003. Posteriormente, se

analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 14.0 (SPSS Inc., 2005).

Se realizó un estudio descriptivo de las variables; las variables cualitativas se analizaron mediante porcentajes, mientras que a las cuantitativas se les aplicó media y desviación estándar.

Para encontrar asociaciones entre las variables cuantitativas se realizó un estudio correlacional bivalente, mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para estudiar la relación o asociación entre dos variables cualitativas se utilizó una prueba de ji-cuadrado para comparar proporciones observadas en grupos independientes; para el análisis de variables cuantitativas entre grupos de pacientes se utilizó el procedimiento de comparación de medias basado en la prueba *t* de Student para muestras independientes. En el caso de una variable binaria y otra con categorías ordenadas, se aplicó la prueba no paramétrica *Tau-b* de Kendal, con objeto de establecer una asociación significativa.

Para el análisis bivariado se utilizó una significación estadística de .05 y .01. La significación estadística de las puntuaciones del SF-36 se obtuvo mediante la prueba de Wilcoxon o de Kruskal-Wallis, alternativas no paramétricas al ANOVA, debido a la manifiesta falta de normalidad de la distribución de las puntuaciones de los sujetos en cada pregunta.

Con el fin de analizar la influencia de múltiples variables sobre la calidad de vida e identificar el perfil de los sujetos que poseen una buena calidad de vida, se seleccionaron aquellas que se asociaron significativamente en el estudio bivalente. Se agrupó a los participantes en dos categorías, los que tenían buena calidad de vida y los que la tenían mala, tanto en la PGC, como en el SF-36. Se compararon medias para las variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas, utilizando para la significación estadística el

procedimiento ANOVA de un factor y las pruebas de ji-cuadrado, respectivamente.

Para identificar los factores que influyen en la calidad de vida, se realizaron diversos análisis multivariante. Se construyeron modelos de regresión jerárquica lineal, con las variables dependientes PGC y las subescalas del SF-36. El método utilizado para la inclusión de variables fue manual por pasos sucesivos, para determinar el valor predictivo de cada una de ellas.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Descripción de la muestra

#### 4.1.1. Características generales

De los 242 casos que cumplieron los criterios de inclusión, el 62.8% (152) fueron mujeres y el 37.2% hombres (90), cuyas edades estaban comprendidas entre los 66 y los 94 años, con una media de 80.3 ( $DE = 5.9$ ) años. Con respecto a la descripción general de la muestra, se trata de un grupo heterogéneo de pacientes geriátricos, con pluripatología (92.6%) que tiende a la invalidez (95.5%), polifarmacia (más del 76.0% de los participantes consumía más de 3 principios activos diferentes) y con problemática social acompañante (56.6% de los casos)\*. En la tabla 10 se presenta la descripción exhaustiva de la muestra de pacientes estudiada.

Con respecto a su procedencia, existen diferencias importantes en cuanto a la misma según el dispositivo. La mayor parte de los participantes en el estudio provenían del propio servicio de geriatría del hospital: los que ingresaron en la UME (94.7%) procedían de la unidad geriátrica de agudos; los ingresados en el HD fueron derivados de la unidad geriátrica de agudos (44.2%), de la UME (25.6%) o de la consulta externa (20.9%); en la consulta externa, los ingresos eran enviados por el centro de salud correspondiente (51.7%) o procedían de su domicilio (27.6%). En los niveles sociales, sin embargo, la procedencia mayoritaria es del centro de salud (94.7%), en el caso del centro de día, y del domicilio (64.9%), en el caso de la residencia.

---

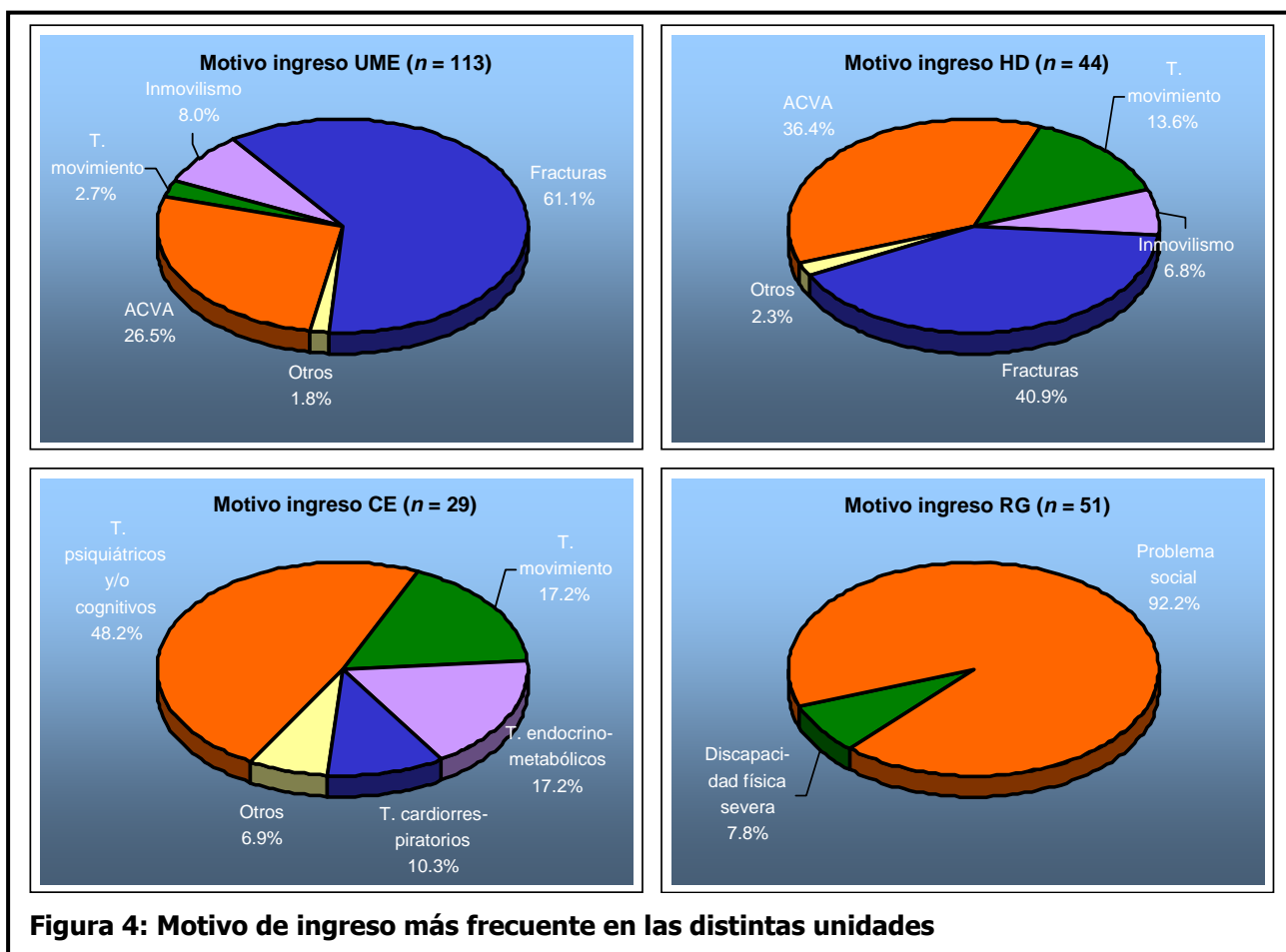
\* Téngase en cuenta que, aunque es una condición frecuente de la población geriátrica que la enfermedad/discapacidad física se acompañe de patología mental, en nuestro caso la frecuencia de ésta es relativamente baja (71 casos, 29.3%), puesto que los criterios de exclusión en este sentido fueron muy estrictos, para evitar sesgos de fiabilidad en las respuestas relacionadas con la percepción subjetiva de la calidad de vida.

<b>Tabla 10: Descripción de la muestra (N = 242)</b>		
	<b>Hombres (n = 90)</b>	<b>Mujeres (n = 152)</b>
Edad	80.16 (5.61)*	80.44 (6.11)*
Procedencia:		
⇒ Unidad de agudos	45.6%	55.9%
⇒ Domicilio	22.2%	11.2%
⇒ Centro de salud	8.9%	17.1%
⇒ Consulta externa	8.9%	5.9%
⇒ Otros	14.4%	9.9%
Estancia previa en hospital (nº días)	58.9% (6.78) (10.16)*	67.1% (10.49) (16.46)*
Nº diagnósticos/paciente	4.23 (1.31)*	4.12 (1.12)*
Nº principios activos	5.77 (3.29)*	5.71 (2.62)*
Presencia de dolor (de 0 a 10)	2.37 (2.52)*	4.57 (2.61)*
Caídas en los últimos 2 meses	40.0%	62.5%
Inmovilidad	30.0%	44.1%
Incontinencia	38.9%	59.2%
Problemática social acompañante	54.4%	57.9%
Nivel educativo:		
⇒ No sabe leer/escribir	18.9%	27.0%
⇒ < 5 años escolarización	60.0%	53.3%
⇒ > 5 años escolarización	14.4%	17.8%
⇒ Otros	6.6%	2.0%
Vive habitualmente con:		
⇒ Solo	11.1%	20.4%
⇒ Cónyuge/pareja	45.6%	30.3%
⇒ Familiar	10.0%	32.9%
⇒ Residencia	30.0%	13.8%
⇒ Otros	3.3%	2.6%
Vivienda en buenas condiciones	94.4%	96.7%
Propiedad vivienda:		
⇒ Propia	58.9%	56.6%
⇒ Alquilada	.0%	2.6%
⇒ Residencia	32.2%	14.5%
⇒ Otros	8.9%	25.7%
Estado civil:		
⇒ Soltero	15.6%	7.2%
⇒ Casado	52.2%	34.2%
⇒ Viudo	30.0%	57.9%
⇒ Otros	2.2%	7.0%
Situación económica:		
⇒ ≤ 300€	6.0%	10.9%
⇒ 301 - 600€	82.1%	81%
⇒ 601 - 1200€	2.4%	7.0%
⇒ ≥ 1201€	1.2%	.0%
Índice de Barthel	67.83 (25.85)*	59.67 (24.01)*
Escala Discapacidad Física Cruz Roja	1.96 (1.25)*	2.36 (1.14)*
Escala Discapacidad Mental Cruz Roja	.44 (.50)*	.66 (.51)*
Nº errores Pfeiffer	1.42 (1.16)*	1.82 (1.12)*
Escala de Depresión Geriátrica	8.01 (4.48)*	11.20 (5.77)*
Escala de Philadelphia	11.33 (3.16)*	10.02 (3.78)*
SF-36 (componente salud física)	31.74 (10.88)*	30.78 (9.83)*
SF-36 (componente salud mental)	51.15 (10.73)*	49.91 (11.97)*

Resultados en porcentajes y (\*) media (DE)

### 4.1.2. Características clínicas

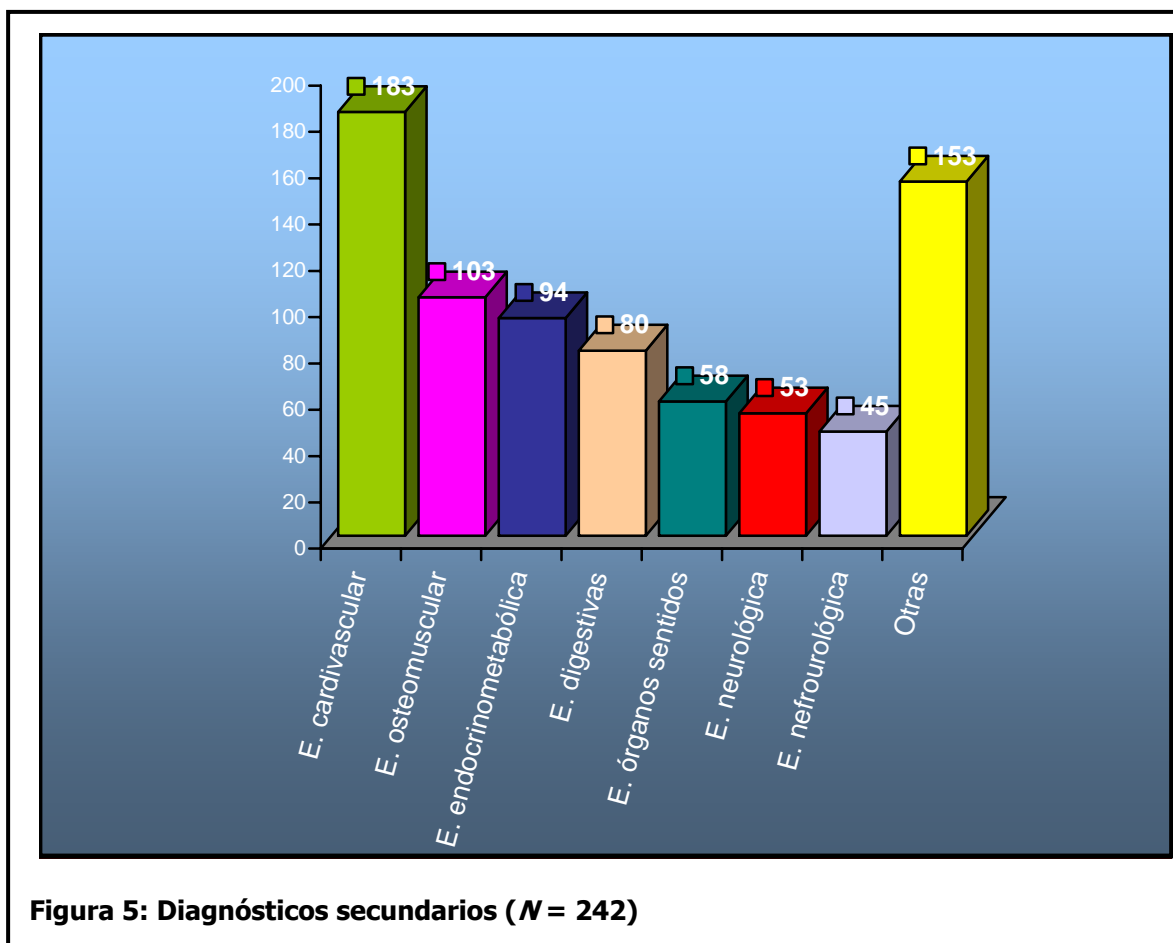
El motivo de ingreso más frecuente en la UME y en el HD fue la rehabilitación tras sufrir fracturas (61.1% y 40.9%, respectivamente), mientras que en la CE fueron los trastornos psiquiátricos y/o cognitivos (38.2%). Esto explica el escaso número de casos incluidos en el estudio procedentes de este nivel asistencial (29 pacientes), ya que el padecimiento de deterioro cognitivo, aunque fuera en grado leve, suponía la exclusión del mismo por cuestiones de fiabilidad, dadas las características subjetivas de la evaluación de la calidad de vida. En el caso del CD y la RG, el motivo de ingreso principal fue la existencia de problemática social importante (92.2%). La recuperación funcional tras padecer un accidente cerebrovascular fue la segunda causa de ingreso en la



UME (26.5%) y en el HD (36.4%). En la CE lo fueron los problemas endocrinometabólicos y los trastornos del movimiento (17.2%, en cada caso, respectivamente).

Además de la patología traumática y cerebrovascular como diagnósticos principales, los trastornos acompañantes que se muestran más frecuentes son la patología cardiovascular (75.6% de los pacientes la padecen), las enfermedades osteomusculares (42.6%), los trastornos endocrinometabólicos (38.8%), las alteraciones digestivas (33.1%) y los trastornos neurológicos (21.9%), entre otros (figuras 4 y 5).

Con respecto a la presencia de síndromes y problemas geriátricos, se encuentran diferencias según el nivel asistencial (tabla 10). Mientras que los pacientes atendidos en la UME y el hospital de día se han caído por lo menos una vez en los últimos 2 meses (71.7% y 59.1%), los vistos en CE, CD y RG no



se han caído en la mayoría de los casos (69.0%, 68.4% y 75.7%, respectivamente). La situación de movilidad de los participantes es mejor en los usuarios de la CE, el CD y la RG: el 88.0% de los pacientes sale a la calle sin dificultad o para realizar trayectos cortos, mientras que en la UME y el HD, el 49.0% de los pacientes está inmovilizado o se desplaza mínimamente dentro de su domicilio. En cuanto a las ayudas técnicas utilizadas como medida de apoyo a la movilidad, también se encuentran diferencias en los dispositivos. Mientras que en la UME y el HD se utiliza principalmente bastón de apoyo (28.4%),

<b>Tabla 10: problemas y síndromes geriátricos según el nivel asistencial (N = 242)</b>					
	<b>UME</b>	<b>HD</b>	<b>CE</b>	<b>CD</b>	<b>RG</b>
Caídas en los últimos dos meses	81	26	9	6	9
Situación de movilidad:					
⇒ Inmovilidad total o vida cama-sillón	30	4	0	1	0
⇒ Desplazamientos cortos dentro del domicilio	35	14	1	0	9
⇒ Sale a la calle sin dificultad o para realizar trayectos cortos	48	26	28	18	28
Apoyo a la movilidad:					
⇒ No necesita	16	0	12	7	2
⇒ Bastón de confianza	7	0	7	5	19
⇒ Bastón de apoyo o dos bastones o muletas	33	14	8	4	12
⇒ Andador	23	20	0	2	2
⇒ Bastón o andador con persona acompañante	15	5	0	0	0
⇒ Silla de ruedas	19	4	0	1	0
Incontinencia urinaria:					
⇒ No	57	20	11	6	23
⇒ Ocasional	14	3	7	5	3
⇒ Habitual	42	21	11	8	11
Tipo de incontinencia:					
⇒ De urgencia	10	5	10	3	6
⇒ De esfuerzo	11	1	6	8	2
⇒ Por rebosamiento	0	0	1	0	0
⇒ Funcional	10	2	1	1	1
⇒ Mixta	4	0	0	0	3
Incontinencia fecal	18	2	0	1	0
Úlceras por presión	9	1	0	1	0
Presencia de trastorno visual no corregido	60	18	20	11	18
Presencia de trastorno auditivo no corregido	60	8	12	7	9

Resultados en número de casos por dispositivo



andador (33.5%) y una persona, además de la ayuda técnica (12.5%), en la CE, el CD y la RG, la necesidad de ayuda es menor; el 35.5% de los usuarios utilizan bastón de confianza y el 27.1%, bastón de apoyo. Se desplazan por interiores y exteriores sin ningún tipo de problemas el 44.4% de los pacientes de CE y el 36.8% de los de CD.

El 51.7% de los entrevistados presenta algún tipo de incontinencia urinaria (leve 13.2%, moderada 21.9% o grave 16.5%). En ninguno de los niveles asistenciales estudiados existen, por lo general, úlceras por presión (ausentes en el 95.5% de los casos) ni trastornos auditivos (ausentes en el 60.3% de los casos), aunque se detecta una ligera presencia de trastornos visuales no corregidos (presentes en el 52.5% de los casos).

Para evaluar la presencia de dolor, que es un aspecto que puede influir en la calidad de vida, se pidió a los participantes que, en una escala de 0 a 10, donde 0 significaba la ausencia de dolor y 10 un dolor insoportable, definieran la cantidad de dolor que padecían en las últimas semanas, obteniéndose unos resultados de dolor moderado (4.25;  $DE = 3.11$ ;  $n = 24$ ).

### **4.1.3. Situación de dependencia**

La situación funcional de los pacientes en el momento de la recogida de datos, tomando como referencia la *Escala de Discapacidad Física Cruz Roja* (ECRF) y el *Índice de Barthel* (IB) es la siguiente: alrededor del 60.0% de los casos tienen una dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (puntuaciones de 2-3 en la ECRF y 30-75 en el IB), siendo peor la situación de las mujeres (hombres y mujeres, respectivamente, 55.5% y 62.5% en la ECRF y 50.1% y 62.6% en el IB) (Cuadros 1 y 2).

<b>Cuadro 1: Puntuación ECRF</b>		
<b>ECRF</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>
0	20	8.3
1	40	16.5
2	97	40.1
3	48	19.8
4	29	12.0
5	8	3.3

N = 242

<b>Cuadro 2: Puntuación total en el IB</b>					
<b>IB</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>IB</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>
0	0	.0	55	22	9.1
5	2	.8	60	20	8.3
10	6	2.5	65	15	6.2
15	6	2.5	70	17	7.0
20	5	2.1	75	14	5.8
25	5	2.1	80	18	7.4
30	13	5.4	85	8	3.3
35	4	1.7	90	16	6.6
40	13	5.4	95	21	8.7
45	8	3.3	100	15	6.2
50	14	5.8			

N = 242

La situación de dependencia es más grave en los niveles asistenciales hospitalarios rehabilitadores (UME y HD), con una puntuación media en ambas escalas de 2.83 ( $DE = .99$ ) (ECRF) y 46.24 ( $DE = 18.96$ ) (IB) en media estancia, y de 2.56 ( $DE = .77$ ) y 58.84 ( $DE = 18.99$ ) en el hospital de día. En el resto de niveles asistenciales las puntuaciones en la ECRF son: 1.28 ( $DE = .88$ ) en la consulta externa, 1.31 ( $DE = 1.16$ ) en el centro de día y 1.08 ( $DE = .89$ ) en la residencia. En el IB: 85.86 ( $DE = 12.03$ ) en la consulta externa, 85.26 ( $DE = 17.99$ ) en el centro de día y 87.70 ( $DE = 12.17$ ) en la residencia.

#### **4.1.4. Características sociales**

Desde el punto de vista social, las características de la muestra utilizada no difieren en gran medida de los datos referidos a la población de mayores de España, en general, y de Castilla-La Mancha, en particular (IMSERSO, 2005a). Los participantes viven en una casa de su propiedad o alquilada (59.3%), con su pareja (37.0%) o con los hijos (25.1%). El 20.4% vive en residencia y el 17.4% solos. Las condiciones de la vivienda, excluyendo a los participantes que viven en residencia, son buenas en 194 casos (80.2%), con ascensor (64.9%), agua caliente (80.6%), calefacción (55.4%) y baño completo (81.0%). Las peores condiciones sociales se dan en los usuarios del centro de día, que no tienen calefacción en 12 casos (63.2%), ni ascensor (10 casos, 52.6%). El 10.5% no tiene agua caliente dentro de la vivienda.

El nivel educativo medio es de menos de 5 años de escolarización (135 casos, 55.8%). 58 personas (24.0%) no saben leer ni escribir y 7 (2.9%) tienen formación superior. Con respecto al estado civil, el 40.9% están casados y 115 (47.5%) están viudos. Los porcentajes de casados son mayores en la UME, el HD y la CE (40.7, 54.5 y 65.5%, respectivamente), mientras que los viudos prevalecen en el CD y la RG (68.4 y 62.2%, respectivamente) Con respecto a las creencias religiosas, son creyentes, sean practicantes o no, el 96.3%.

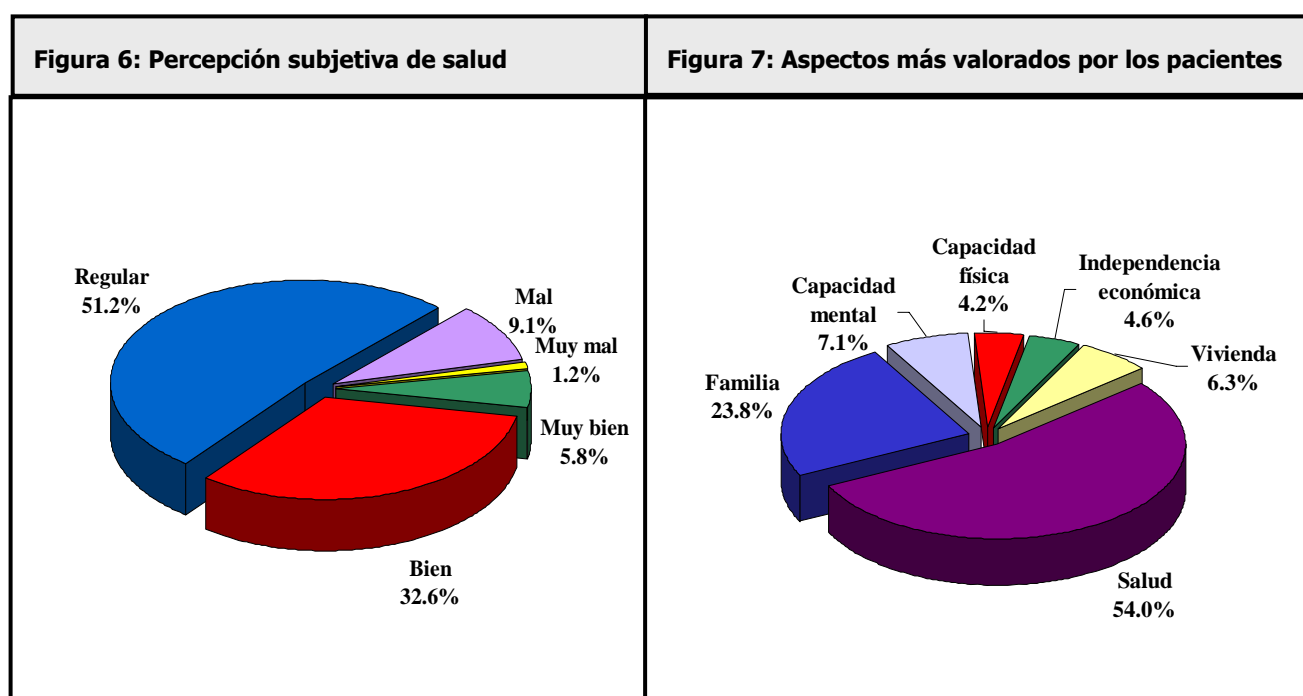
El 95.9% de los entrevistados mantiene relaciones sociales con otras personas más de una vez por semana y está satisfecho, tanto con la frecuencia, como con la calidad de las mismas, y en el 50.4% de los casos existe un confidente\*.

---

\* Persona con la que se relaciona frecuentemente, a quien le contaría un problema grave y con quien comparte sentimientos, experiencias, emociones, etc., que no comparte con otros y quien le une un vínculo especial. Con esta persona tiene especialmente buena relación; puede a ser el cónyuge, hijos, amigos, vecinos, etc.

Cabe destacar que, en el caso del CD y la RG, en más del 64.0% de los casos, no existe confidente, además de darse porcentajes más elevados de viudez. Con respecto a las relaciones sexuales, el 85.1% está satisfecho con su vida sexual, tanto si mantiene relaciones (51 casos), como si no las mantiene (154 casos).

Económicamente, el 74.4% tiene una pensión entre 301 y 600 € y no precisa ayuda económica de sus hijos (91.3%). En las figuras 6 y 7 podemos ver lo que los participantes valoraban más de su vida y su percepción subjetiva de salud.



#### 4.1.5. Estado de ánimo

Para evaluar el estado de ánimo, el instrumento que se utilizó fue el GDS en su versión no reducida. Para tabular los datos y de cara al posterior análisis, los agrupamos de dos modos diferentes: el primero de ellos fue por intervalos

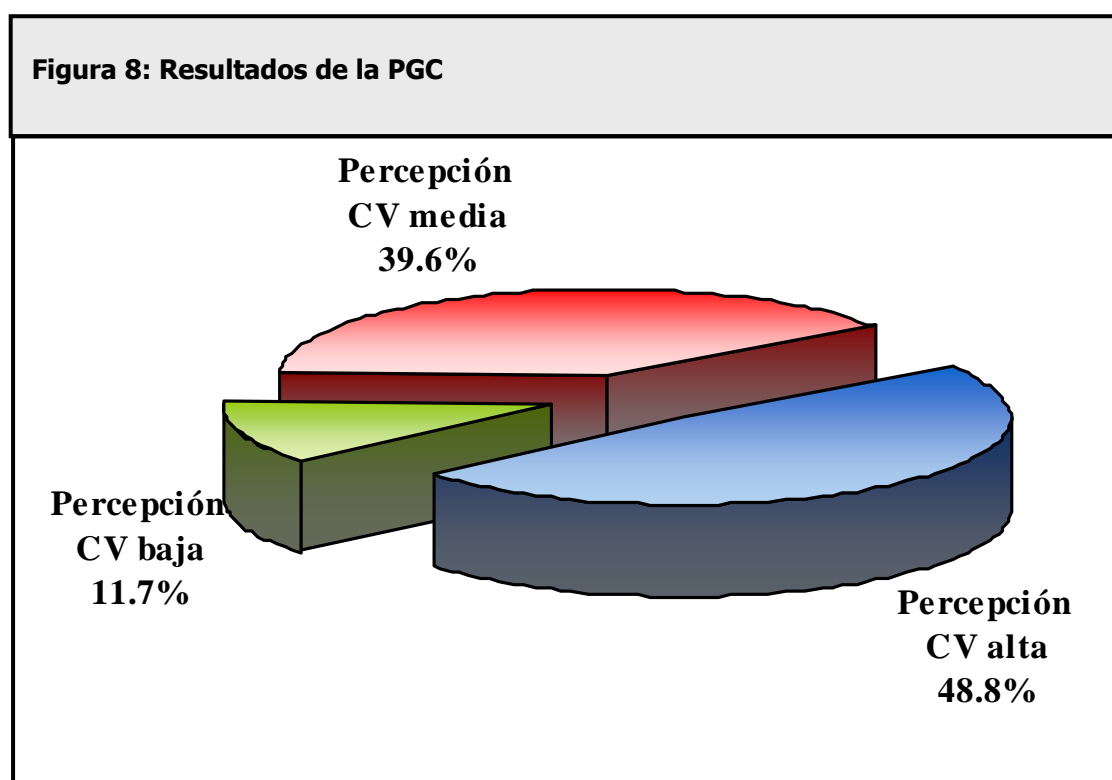
según las respuestas de los pacientes, siguiendo las directrices del instrumento (Yesavage, et al., 1982, 1983); de 0 a 10 puntos no deprimidos, de 11 a 20 deprimidos leves y de 21-30 deprimidos graves. Se utilizó 11 como punto de corte. Se obtuvieron los siguientes resultados: 147 (61.5%) pacientes no presentan alteración del estado de ánimo, 82 (34.3%) presentan síntomas de depresión leve y 10 (4.2%) están severamente afectados. En líneas generales, estos resultados coinciden con los de la población general de este grupo etáreo (ver apartado 2.2.1 de esta Tesis Doctoral, en el que se revisa la epidemiología de la depresión en el anciano).

El segundo criterio fue el de analizar, además de la puntuación total de la escala (componentes cognitivos de la depresión), otros dos factores que son los que mejor caracterizan la sintomatología depresiva del anciano: el componente anímico (disfórico) y el de bienestar (satisfacción), cada uno de los cuales agrupa 8 ítems relacionados entre sí. En el cuadro 3 podemos ver las puntuaciones obtenidas por nuestros sujetos. Para conocer cómo se distribuyen los resultados de estos dos factores sobre el total de la muestra, los estudiamos también para el grupo de los no deprimidos ( $GDS \leq 10$ ) y de los deprimidos ( $GDS 11$  a  $30$ ). Los resultados obtenidos indican que, tanto el estado de ánimo deprimido y ansioso, como el bienestar, están mucho más afectados en los deprimidos que en los no deprimidos (puntuación superior en un 64.0% en el factor disfórico y del 35.7% más en el de bienestar), como cabría esperar, aunque el más afectado de los dos es el factor anímico. Esto denota la consistencia de estos factores con respecto a la puntuación total de la escala. Sin embargo, las puntuaciones medias obtenidas por los no deprimidos son también altas en ambos factores, lo que denota una cierta afectación negativa del estado de ánimo y la sensación de bienestar de los ancianos participantes, aunque ésta no sea clínicamente significativa.

<b>Cuadro 3: Puntuación del GDS</b>				
	<b>FACTOR I: ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO Y ANSIOSO</b>		<b>FACTOR II: BIENESTAR Y OPTIMISMO</b>	
	Rango	Media (DE)	Rango	Media (DE)
GDS total (N = 239)	0-8	3.0 (2.2)	0-7	1.8 (1.9)
No deprimidos (n = 147)	0-8	1.8 (1.4)	0-7	0.9 (1.0)
Deprimidos (n = 92)	0-8	5.0 (1.7)	0-7	3.4 (1.9)

#### **4.1.6. Calidad de vida subjetiva**

Las puntuaciones globales de la *Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia* (PGC) y del *Cuestionario de Salud SF-36*, también se agruparon en intervalos. La PGC (ver apéndice B) puntúa desde 0 hasta 17, según el número



de respuestas de la persona entrevistada coincidentes con aquellas que sugieren un alto grado de satisfacción o de sensaciones positivas hacia su situación actual. A mayor puntuación, se supone mayor satisfacción vital o calidad de vida. Con la intención de analizar posibles diferencias entre los pacientes estudiados según este parámetro, las puntuaciones se dividieron en tres grupos: de 0 a 5 puntos (el grupo que muestra peor percepción de su calidad de vida), de 6 a 11 (el grupo intermedio) y de 12 a 17 (el grupo con mejor percepción de calidad de vida). Los resultados obtenidos podemos verlos en la figura 8.

Para conocer con mayor profundidad cuáles de los aspectos subjetivos contemplados por la escala, pesan más en la calidad de vida, también hemos analizado las tres dimensiones del bienestar: actitud hacia el envejecimiento, agitación e insatisfacción y soledad. En el cuadro 4 podemos ver los datos de cada una de estas dimensiones para todos los sujetos y para cada uno de los subgrupos. Los resultados obtenidos destacan la actitud negativa de los sujetos hacia el propio envejecimiento, que muestra valores bajos (media de 1.7 en todos los sujetos, respecto de los 6.0 puntos posibles), incluso en aquellas personas que declaran tener una calidad de vida alta.

<b>Cuadro 4: Puntuación de la PGC</b>						
	<b>FACTOR I: AGITACIÓN</b>		<b>FACTOR II: ACTITUD HACIA EL PROPIO ENVEJECIMIENTO</b>		<b>FACTOR III: INSATISFACCIÓN Y SOLEDAD</b>	
	Rango	Media (DE)	Rango	Media (DE)	Rango	Media (DE)
PGC total (N = 240)	0-6	4.5 (1.5)	0-5	1.7 (1.4)	0-6	4.3 (1.6)
CV baja (n = 28)	0-6	2.0 (1.0)	0-5	.2 (.4)	0-6	1.3 (.9)
CV media (n = 95)	0-6	4.0 (1.1)	0-5	1.1 (1.0)	0-6	3.9 (1.1)
CV alta (n = 117)	0-6	5.4 (.7)	0-5	2.6 (1.2)	0-6	5.4 (.7)

#### **4.1.7. Calidad de vida relacionada con la salud**

El SF-36 explora la calidad de vida relacionada con la salud, dividiéndola en 8 dimensiones (función física, función social, limitaciones del rol por problemas físicos, limitaciones del rol por problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción general de la salud) y un ítem sobre evolución de la salud. El cuestionario no proporciona un índice global, aunque se pueden obtener puntuaciones resumen reagrupando los ítems en dos componentes estandarizados: uno de salud física (PCS) y otro de salud mental (MCS). El test detecta tanto estados positivos de salud, como negativos.

En este trabajo hemos optado por presentar las puntuaciones directas de los sujetos de nuestro estudio, una vez transformadas en una escala de 0 a 100 a partir de las respuestas del cuestionario, siguiendo la metodología del propio instrumento. Por tanto, para cada una de las dimensiones del SF-36, la máxima puntuación es 100, y la mínima 0.

En la tabla 11.1 podemos ver las puntuaciones medias obtenidas por el SF-36 en las 8 dimensiones que evalúa. En las columnas de la izquierda se muestran los datos obtenidos en nuestra muestra y en las que se sitúan a la derecha, podemos ver los valores poblacionales de referencia según el grupo etáreo de pertenencia. En la tabla 11.2, se muestran los cambios en la salud experimentados en el último año en nuestros sujetos. El 65.0% manifiesta haber empeorado algo o mucho durante este período. En general, los resultados obtenidos en nuestra muestra, reflejan peores puntuaciones que los de la población de referencia, salvo en pocos ítems. El grupo que mejor parece valorar su calidad de vida en relación con la salud es el de mujeres de 65 a 74 años, que muestra en algunas respuestas unos valores superiores a los de la media.



Tabla 11.1: Puntuaciones medias obtenidas en el SF-36 por grupo de edad								
SUBESCALA	65 - 74 años				≥ 75 años			
	Hombres n = 11		Mujeres n = 26		Hombres n = 78		Mujeres n = 126	
	Valores muestra	Valores referencia	Valores muestra	Valores referencia	Valores muestra	Valores referencia	Valores muestra	Valores referencia
<b>FUNCIÓN FÍSICA</b>	6.8 (9.0)	68.9 (27.6)	11.2 (19.9)	61.3 (27.3)	25.6 (30.0)	60.0 (28.4)	24.1 (25.3)	45.2 (28.6)
<b>ROL FÍSICO</b>	13.6 (32.3)	75.5 (40.4)	31.7 (45.0)	63.2 (45.0)	50.6 (46.5)	75.7 (41.0)	45.4 (46.3)	55.8 (47.3)
<b>DOLOR CORPORAL</b>	52.4 (36.7)	76.7 (28.4)	68.8 (29.8)	59.0 (31.7)	62.9 (29.1)	76.2 (28.8)	56.7 (29.8)	60.1 (33.6)
<b>SALUD GENERAL</b>	62.3 (16.9)	57.5 (22.7)	46.8 (20.5)	48.6 (22.9)	45.4 (22.0)	51.0 (23.5)	43.6 (19.5)	49.7 (23.8)
<b>VITALIDAD</b>	53.7 (23.9)	61.3 (23.0)	55.2 (19.8)	53.1 (22.8)	53.7 (24.59)	57.3 (24.7)	51.8 (22.0)	50.0 (24.3)
<b>FUNCIÓN SOCIAL</b>	51.1 (27.6)	86.2 (22.5)	59.1 (26.1)	79.1 (26.69)	62.0 (33.9)	81.3 (28.8)	59.9 (31.0)	76.3 (28.4)
<b>ROL EMOCIONAL</b>	90.9 (30.1)	87.0 (32.2)	91.0 (24.1)	73.2 (42.4)	85.2 (33.7)	88.0 (31.6)	82.1 (35.8)	75.6 (42.2)
<b>SALUD MENTAL</b>	62.5 (23.4)	75.5 (21.1)	61.5 (23.6)	63.5 (21.79)	63.6 (23.7)	70.3 (22.2)	61.4 (23.0)	66.8 (21.8)

N = 241; resultados en media (DE)

Tabla 11.2: Evolución declarada de salud en el último año						
	Total muestra		65 - 74 años		≥ 75 años	
	Hombres n = 89	Mujeres n = 152	Hombres n = 11	Mujeres n = 26	Hombres n = 78	Mujeres n = 126
<b>Mucho mejor</b>	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)
<b>Algo mejor</b>	5 (5.6%)	7 (4.6%)	1 (9.1%)	1 (3.8%)	4 (5.1%)	6 (4.8%)
<b>Más o menos igual</b>	29 (32.6%)	44 (28.9%)	5 (45.5%)	6 (23.1%)	24 (30.8%)	38 (30.2%)
<b>Algo peor</b>	44 (49.4%)	77 (50.7%)	3 (27.3%)	14 (53.8%)	41 (52.6%)	63 (50.0%)
<b>Mucho peor</b>	11 (12.4%)	24 (15.8%)	2 (18.2%)	5 (19.2%)	9 (11.5%)	19 (15.1%)

N = 241; resultados en número de casos (porcentaje)

En cuanto a la función física, destacan las bajas puntuaciones obtenidas por los participantes más jóvenes (6.8 los hombres y 11.2 las mujeres). Esta

proporción se mantiene en los de 75 y más años, aunque de forma menos llamativa (25.6 y 24.1, respectivamente). El 43.2% de los participantes de 65 a 74 años, respondió que su salud física le limitaba mucho, frente al 22.5% de los de 75 ó más años. Esto repercute en los aspectos relacionados con el desempeño de roles por problemas físicos, que también muestra valores bajos, aunque esta tendencia disminuye con la edad (13.6 y 31.7 en los menores de 75 años y 50.6 y 45.4, en los mayores de 75 años). Con respecto al dolor corporal, la salud general y la vitalidad están más deterioradas en nuestra muestra que en los sujetos de la misma edad, a excepción de la mujeres de 65 a 74 años (el 38.5% manifestó no presentar ningún dolor). La función social se ha visto interrumpida y/o dificultada en mayor o menor grado en un porcentaje importante de casos, tanto en los menores de 75 años (el 94.6% tuvo alguna o muchas dificultades para realizar actividades sociales), como en los mayores (92.6%). Con respecto a los problemas de desempeño de roles por cuestiones emocionales, destaca que, en nuestra muestra se han obtenido valores superiores a los estándares poblacionales, excepto en los hombre de más de 74 años, en los que son ligeramente inferiores (3 puntos). Los resultados de la subescala de salud mental, también fueron significativamente inferiores a la media poblacional (en los menores de 75 años, 13.0 puntos en los hombres y 2.0 en las mujeres; en los de 75 y más años, 6.7 puntos en los hombres y 5.4 en las mujeres).

Las puntuaciones resumen de los componentes estandarizados físico y mental fueron de 31.1 ( $DE = 10.2$ ) y 50.4 ( $DE = 11.5$ ), para cada subescala, respectivamente (valores de referencia para la población general española:  $M = 50.0$ ,  $DE = 10.0$ , tanto para el componente físico, como para el mental). Es decir, que en el apartado físico, nuestros pacientes están casi 20 puntos por debajo de la media, mientras que en el mental, están equiparados. En la tabla 12 podemos ver un resumen de ambos componentes por sexo y edad.

<b>Tabla 12: Puntuaciones medias obtenidas en el SF-36 por grupo de edad</b>						
<b>SUBESCALA</b>	<b>65 - 74 años</b>			<b>≥ 75 años</b>		
	<b>Ambos sexos n = 37</b>	<b>Hombres n = 11</b>	<b>Mujeres n = 26</b>	<b>Ambos sexos n = 204</b>	<b>Hombres n = 78</b>	<b>Mujeres n = 126</b>
<b>COMPONENTE FÍSICO</b>	27.8 (8.5)	26.0 (5.8)	28.8 (9.4)	31.7 (10.4)	32.5 (11.1)	31.2 (9.9)
<b>COMPONENTE MENTAL</b>	52.7 (10.0)	53.2 (8.6)	52.6 (10.6)	49.9 (11.8)	50.5 (11.4)	49.6 (12.0)

*N* = 241; resultados en media (*DE*)

## 4.2. Determinantes de la calidad de vida

Se compararon los resultados totales de variables demográficas y clínicas, como por ejemplo, la edad, la presencia de dolor, el número de diagnósticos o el número de fármacos, así como los diferentes instrumentos de evaluación utilizados para medir el estado de ánimo, el grado de dependencia y el de deterioro cognitivo (Índice de Barthel, Escalas de Cruz Roja, GDS, etc.), con la PGC y las subescalas del SF-36; nuestro propósito fue el de determinar qué factores influyen sobre la calidad de vida de los participantes en nuestra muestra (tabla 13). Los resultados más significativos indican las asociaciones que se detallan a continuación.

Con la percepción subjetiva de la calidad de vida se produjeron más asociaciones que con la relacionada con la salud. Concretamente, con la PGC se relacionaron el estado de ánimo, el grado de dependencia por discapacidad física, el grado de deterioro cognitivo, el dolor, la polifarmacia y la pluripatología. Con la calidad de vida relacionada con la salud, únicamente se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las diferentes subdimensiones del cuestionario y la edad. Se produjo alguna asociación del

SPMSQ y algunas de las subescalas; sin embargo, éstas fueron débiles. La calidad de vida subjetiva y la relacionada con la salud no se asociaron entre sí.

El GDS y sus dos factores se asociaron muy fuertemente con la PGC (GDS total - PGC:  $r = -.80$ ,  $p < .0001$ ) y sus tres dimensiones (GDS total - PGC F-I:  $r = -.65$ ,  $p < .0001$ ; GDS total - PGC F-II:  $r = -.55$ ,  $p < .0001$ ; GDS total - PGC F-III:  $r = -.75$ ,  $p < .0001$ ), lo cual muestra la íntima relación existente entre el estado de ánimo y la percepción subjetiva de la propia calidad de vida (para examinar la asociación entre los factores, ver la tabla 13). Sin embargo, el GDS no se relacionó con ninguno de los valores del SF-36, ni siquiera con los componentes emocionales o de salud mental.

La ECRF también se asoció fuertemente con la PGC ( $r = -.30$ ,  $p < .0001$ ) y sus tres subdimensiones (PGC F-I:  $r = -.22$ ,  $p = .001$ ; PGC F-II:  $r = -.30$ ,  $p < .0001$ ; PGC F-III:  $r = -.23$ ,  $p < .0001$ ). El IB se asoció de la misma manera (PGC:  $r = .26$ ,  $p < .0001$ ; PGC F-I:  $r = .16$ ,  $p < .05$ ; PGC F-II:  $r = .28$ ,  $p < .0001$ ; PGC F-III:  $r = .21$ ,  $p = .001$ ). Ninguno de los dos instrumentos se correlacionó con ninguna de las subescalas del SF-36, ni con sus componentes resumen de la salud física y mental.

El SPMSQ se asoció negativamente con el factor de actitud hacia el envejecimiento de la PGC ( $r = -.15$ ,  $p < .05$ ) y positivamente con el funcionamiento físico ( $r = .14$ ,  $p < .05$ ) y social ( $r = .13$ ,  $p < .05$ ) del SF-36. Esto puede significar que, a mayor deterioro cognitivo, peor aceptación del proceso de envejecimiento; sin embargo, esto no influye negativamente en la realización de actividades cotidianas por problemas físicos, ni en la realización de las actividades sociales. Esto podría deberse a que el grado de deterioro es leve. Este test no se relacionó con el estado de ánimo. La ECRM confirmó el mismo resultado del SPMSQ con respecto a la actitud hacia el envejecimiento ( $r = .15$ ,  $p < .05$ ), pero no se asoció con el SF-36.

Tabla 13: Matriz de correlaciones entre variables clínicas, demográficas e instrumentos de evaluación utilizados en este estudio

	Nº Dx	Nº Fs	Dolor	ECRM	SPMSQ	ECRF	IB	GDS	GDS F-II	GDS F-II	PGC	PGC F-I	PGC F-II	PGC F-III	SF-36 PF	SF-36 RP	SF-36 BP	SF-36 GH	SF-36 VT	SF-36 SF	SF-36 RE	SF-36 MH	PCS	MCS
<b>Edad</b>	.029	-.020	.182**	.105	.195**	-.040	.050	-.034	-.109	.023	.009	.027	-.013	.007	.433**	.331**	.060	.058	.062	.247**	-.042	.027	.397**	-.076
<b>Nº Dx</b>		.448**	.037	-.005	.036	.143*	-.048	.097	.070	.106	-.070	-.040	-.153*	.010	.048	.079	.011	-.021	-.060	.031	-.074	-.056	.090	-.094
<b>Nº Fs</b>			-.001	.083	.012	.333**	-.333**	.198**	.182**	.111	-.182**	-.144*	-.233**	-.080	.005	-.019	-.064	-.031	-.092	.029	-.033	-.032	-.022	-.031
<b>Dolor</b>				.085	.200**	-.20	.050	.156*	.157*	.048	-.137*	-.175**	-.072	-.091	.097	.131*	-.014	.018	-.038	.159*	-.053	.000	.123	-.026
<b>ECRM</b>					.663**	.186**	-.182**	.133*	.015	.103	-.092	-.045	-.153*	-.035	.090	.016	-.060	.057	-.013	.061	.012	.041	.029	.028
<b>SPMSQ</b>						.116	-.0110	.122	.009	.057	-.077	-.051	-.145*	-.002	.139*	.097	.033	.009	.030	.132*	.012	.059	.108	.035
<b>ECRF</b>							-.892**	.261**	.252**	.136*	-.303**	-.219**	-.302**	-.227**	.083	.018	-.062	-.023	.019	.030	-.027	-.076	.047	-.052
<b>IB</b>								-.204**	-.199**	-.086	.262**	.159*	.281**	.206**	-.030	.051	.028	.015	-.001	-.003	.028	.040	.005	.027
<b>GDS</b>									.854**	.780**	-.802**	-.652**	-.550**	-.750**	-.031	.024	.080	-.033	-.003	.043	-.021	-.027	.032	-.018
<b>GDS F-I</b>										.532**	-.717**	-.616**	-.415**	-.708**	-.102	-.003	.056	-.071	-.043	.040	-.065	-.039	-.017	-.030
<b>GDS F-II</b>											-.655**	-.474**	-.529**	-.597**	-.007	.064	.062	.080	.057	.000	.024	.046	.053	.025
<b>PGC</b>												.840**	.738**	.868**	.030	.016	-.081	-.031	-.032	-.012	.018	.039	-.033	.022
<b>PGC F-I</b>													.404**	.648**	.041	.086	-.073	.042	.020	.014	.115	.106	-.014	.105
<b>PGC F-II</b>														.440**	-.023	-.034	.019	-.094	-.034	-.055	-.086	-.068	-.007	-.090
<b>PGC F-III</b>															.050	-.012	-.135*	-.028	-.060	.008	.011	.050	-.057	.033
<b>SF-36 PF</b>																	.506**	.258**	.353**	.389**	.532**	.116	.311**	.781**
<b>SF-36 RP</b>																		.178**	.220**	.329**	.527**	.133*	.319**	.720**
<b>SF-36 BP</b>																			.287**	.362**	.313**	.120	.358**	.521**
<b>SF-36 GH</b>																			.570**	.372**	.287**	.460**	.460**	.423**
<b>SF-36 VT</b>																				.325**	.381**	.617**	.385**	.614**
<b>SF-36 SF</b>																					.218**	.408**	.575**	.453**
<b>SF-36 RE</b>																						.415**	-.121	.791**
<b>SF-36 MH</b>																							.191**	.809**
<b>PCS</b>																								-.078

**Nº Dx:** número de diagnósticos; **Nº Fs:** número de fármacos; **ECRM:** Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja; **SPMSQ:** Test de Pfeiffer; **ECRF:** Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja; **IB:** Índice de Barthel; **GDS:** Escala de Depresión Geriátrica; **GDS F-I:** Escala de Depresión Geriátrica, factor anímico; **GDS F-II:** Escala de Depresión Geriátrica, factor de bienestar; **PGC:** Escala de Philadelphia; **PGC F-I:** Escala de Philadelphia, factor agitación; **PGC F-II:** Escala de Philadelphia, factor actitud; **PGC F-III:** Escala de Philadelphia, factor insatisfacción; **SF-36 PF:** SF-36, subescala de funcionamiento físico; **SF-36 RP:** SF-36, subescala de rol físico; **SF-36 BP:** SF-36, subescala de dolor corporal; **SF-36 GH:** SF-36, subescala de salud general; **SF-36 VT:** SF-36, subescala de vitalidad; **SF-36 SF:** SF-36, subescala de funcionamiento social; **SF-36 RE:** SF-36, subescala de rol emocional; **SF-36 MH:** SF-36, subescala de salud mental; **PCS:** SF-36, componente físico estandarizado; **MCS:** SF-36, componente mental estandarizado.

El dolor se correlacionó negativamente con la percepción subjetiva de la calidad de vida medida con la PGC ( $r = -.14, p < .05$ ) y el factor agitación ( $r = -.18, p < .05$ ). También se encontró una asociación, aunque en este caso positiva, entre el grado de dolor y el desempeño de roles por problemas físicos ( $r = .13, p < .05$ ) y el funcionamiento social ( $r = .16, p < .05$ ) del SF-36. Este resultado parece indicar que el dolor no interfiere en estos aspectos.

El número de fármacos consumido se relacionó con la percepción subjetiva de calidad de vida (PGC:  $r = -.18, p = .005$ ), afectando especialmente al humor disfórico y la ansiedad (PGC F-I:  $r = -.15, p < .05$ ) y al cambio autopercebido (PGC F-II:  $r = -.23, p < .0001$ ). El número de fármacos no afectó al componente de insatisfacción y soledad de la PCG. Curiosamente, no se asoció con la percepción de calidad de vida relacionada con la salud según el SF-36, pese a que este instrumento evalúa especialmente los aspectos físicos y de salud de la calidad de vida. El número de diagnósticos se asoció negativamente con la actitud hacia el propio envejecimiento de la PGC ( $r = -.15, p < .05$ ). No se encontró relación entre esta variable y el resto de aspectos de la calidad de vida.

Cuanto mayor es la edad, mejor es la percepción del buen funcionamiento físico, del desempeño de roles físicos y del funcionamiento social medidos con el SF-36, como demuestra la asociación positiva que se produce entre estos factores ( $r = .43, r = .33$  y  $r = .25$ , respectivamente, para una  $p < .0001$ ). El componente físico estandarizado del SF-36 también se asoció significativamente con la edad, de forma positiva ( $r = .40, p < .0001$ ).

Ninguna de las dos escalas utilizadas en nuestro estudio para medir la calidad de vida se asociaron entre sí, pese a que en otros estudios sí se encontró esta asociación (Gill y Kurland, 2003; Polonio, 2003; Unutzer y Bruce, 2003). Únicamente, se encontró una relación débil entre el factor de

insatisfacción y soledad de la PGC y el de dolor corporal del SF-36 ( $r = -.14$ ,  $p < .05$ ); esto nos hace pensar que el dolor, independientemente de su propia entidad, tiene una influencia negativa sobre la imagen subjetiva que tiene la persona acerca de su desempeño social, lo que podría conllevar un sentimiento de incompetencia anticipatorio. Todas las dimensiones del SF-36 se asociaron muy significativamente entre sí (ver tabla 13), a excepción del rol emocional, que no se relacionó ni con el funcionamiento físico, ni con el dolor corporal, ni con el componente estandarizado que resume los aspectos físicos de la calidad de vida. Este último tampoco se asoció con el componente estandarizado mental que, a su vez, no se asoció con el funcionamiento físico. Esto podría indicar la división existente entre aspectos físicos y emocionales y/o mentales de la salud y la calidad de vida, lo cual parece corroborar los resultados obtenidos anteriormente con el GDS y la PGC.

#### **4.2.1. Otros resultados**

A continuación reseñaremos otros hallazgos significativos del estudio. El número de diagnósticos se asoció positivamente con el número de fármacos ( $r = .45$ ,  $p < .0001$ ) y el grado de discapacidad física según la ECRF ( $r = .14$ ,  $p < .05$ ).

El número de fármacos consumido se relacionó, además de con la calidad de vida subjetiva, con el grado de discapacidad física (IB:  $r = -.33$ ,  $p < .0001$ ; ECRF:  $r = .33$ ,  $p < .0001$ ) y el grado de depresión ( $r = .20$ ,  $p < .005$ ), especialmente los aspectos ligados al estado de ánimo deprimido y ansioso ( $r = .18$ ,  $p = .005$ ). El dolor se asoció, a su vez, con el estado de ánimo según la puntuación total obtenida en el GDS ( $r = .16$ ,  $p < .05$ ) y en el factor anímico ( $r = .16$ ,  $p < .05$ ), y con el número de errores en el test de Pfeiffer ( $r = .20$ ,  $p < .005$ ).

Con respecto a los instrumentos de evaluación utilizados para medir el grado de discapacidad física (ECRF e IB) y mental (ECRM y SPMSQ), en ambos casos se encontraron correlaciones muy elevadas entre ellos ( $r = -.89$ ,  $p < .0001$  y  $r = .66$ ,  $p < .0001$ , respectivamente), como cabía esperar. Esto confirma su elevado grado de validez y consistencia y que los aspectos medidos por estos instrumentos, aunque sean sustancialmente diferentes en su administración, puntuación y contenido, evalúan las mismas áreas de funcionamiento.

La ECRF también se asoció fuertemente con el GDS total ( $r = .26$ ,  $p < .0001$ ) y los factores anímico ( $r = .25$ ,  $p < .0001$ ) y de bienestar ( $r = .14$ ,  $p < .05$ ). La ECRM correlaciona, a su vez, con la ECRF ( $r = .9$ ,  $p < .005$ ) y el Índice de Barthel ( $r = -.18$ ,  $p = .005$ ). Esto puede significar que el grado de discapacidad física está asociado con cierto grado de deterioro cognitivo. También se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el grado de deterioro cognitivo medido con la ECRM y el estado de ánimo ( $r = .13$ ,  $p < .05$ ), que implica que, a mayor deterioro, peor estado de ánimo.

### **4.3. Comparación de subgrupos**

Con respecto al sexo, al comparar el grupo de mujeres y el de hombres, nos encontramos con diferencias significativas en los resultados de la PGC y sus dimensiones. Las mujeres muestran peor calidad de vida subjetiva que los hombres, están más nerviosas y tienen menos relaciones sociales. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en su actitud frente al envejecimiento. Tampoco se encontró ningún hallazgo significativo en su calidad de vida relacionada con la salud (tabla 14).



Para conocer la influencia de los aspectos sociales sobre la calidad de vida, comparamos una serie de variables con los resultados de la PGC y sus dimensiones y con el SF-36 y todas sus subescalas. Los resultados muestran que, aunque se encontraron algunas asociaciones estadísticamente significativas, ninguna de ellas fue especialmente relevante. No se relacionaron de forma significativa la cuantía de la pensión, ni el nivel educativo, ni las creencias religiosas, ni cómo se encontraba subjetivamente la persona.

<b>Tabla 14: Diferencias en la PGC, el SF-36 y el GDS entre hombres y mujeres</b>				
	<b>Hombres n = 89</b>	<b>Mujeres n = 152</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>PGC</b>	11.3 (3.2)	10.0 (3.8)	2.74	<b>.007</b>
<b>PGC F-I</b>	4.8 (1.3)	4.3 (1.5)	2.57	<b>.01</b>
<b>PGC F-II</b>	1.9 (1.3)	1.6 (1.4)	1.82	NS
<b>PGC F-III</b>	4.6 (1.5)	4.2 (1.6)	2.29	<b>.023</b>
<b>SF-36 PF</b>	23.3 (29.2)	21.8 (24.8)	.41	NS
<b>SF-36 RP</b>	46.6 (46.4)	42.8 (46.1)	.63	NS
<b>SF-36 BP</b>	61.5 (31.1)	58.9 (29.5)	.64	NS
<b>SF-36 GH</b>	47.8 (22.0)	44.0 (19.7)	1.40	NS
<b>SF-36 VT</b>	54.5 (24.3)	51.9 (21.6)	.88	NS
<b>SF-36 SF</b>	61.5 (33.0)	59.23 (30.3)	.53	NS
<b>SF-36 RE</b>	86.9 (32.0)	83.1 (34.7)	.84	NS
<b>SF-36 MH</b>	63.6 (23.4)	61.3 (23.1)	.73	NS
<b>PCS</b>	31.7 (10.9)	30.8 (9.8)	.70	NS
<b>MCS</b>	51.1 (10.7)	50.0 (12.0)	.80	NS
<b>GDS</b>	8.0 (4.5)	11.2 (5.8)	-4.47	<b>&lt; .0001</b>
<b>GDS F-I</b>	2.3 (2.0)	3.5 (2.2)	-4.13	<b>&lt; .0001</b>
<b>GDS F-II</b>	1.5 (1.7)	2.0 (1.9)	-2.15	<b>.033</b>

n total=241; resultados en media (DE)

**PGC:** Escala de Philadelphia; **PGC F-I:** Escala de Philadelphia, factor agitación; **PGC F-II:** Escala de Philadelphia, factor actitud; **PGC F-III:** Escala de Philadelphia, factor insatisfacción; **SF-36 PF:** SF-36, subescala de funcionamiento físico; **SF-36 RP:** SF-36, subescala de rol físico; **SF-36 BP:** SF-36, subescala de dolor corporal; **SF-36 GH:** SF-36, subescala de salud general; **SF-36 VT:** SF-36, subescala de vitalidad; **SF-36 SF:** SF-36, subescala de funcionamiento social; **SF-36 RE:** SF-36, subescala de rol emocional; **SF-36 MH:** SF-36, subescala de salud mental; **PCS:** SF-36, componente físico estandarizado; **MCS:** SF-36, componente mental estandarizado; **GDS:** Escala de Depresión Geriátrica; **GDS F-I:** Escala de Depresión Geriátrica, factor anímico; **GDS F-II:** Escala de Depresión Geriátrica, factor de bienestar.

Sí se asociaron significativamente con la PGC y/o sus factores, el tipo de convivencia (solo/en residencia o con algún familiar), haber sufrido recientemente la pérdida de un allegado, las relaciones sexuales y el dispositivo en el que estaba siendo atendida la persona. Los ancianos que viven solos o en residencia ( $M = 4.75$ ,  $DE = 1.18$ ) presentan valores más altos que los que viven con familiares ( $M = 4.27$ ,  $DE = 1.56$ ) en el factor I de la PGC ( $t = 2.52$ ,  $p = .012$ ); los que han perdido recientemente a un familiar ( $M = 3.77$ ,  $DE = 1.78$ ), puntúan menos en el factor III ( $t = -2.48$ ,  $p = .014$ ) que los que no lo han perdido ( $M = 4.45$ ,  $DE = 1.53$ ). Los que no están satisfechos con su vida sexual ( $M = 4.92$ ,  $DE = 1.38$ ), puntúan mejor en el factor I de la PGC ( $t = -2.12$ ,  $p = .035$ ) que los que sí lo están ( $M = 4.37$ ,  $DE = 1.44$ ). Los ancianos atendidos en los recursos sociales (residencia geriátrica y centro de día) presentan una mayor puntuación, tanto en los resultados totales de la PGC ( $M = 11.12$ ,  $DE = 3.61$ ) ( $t = -1.97$ ,  $p = .05$ ), como en el factor II de la PGC ( $M = 2.09$ ,  $DE = 1.49$ ) ( $t = -3.27$ ,  $p = .001$ ) que los de los recursos hospitalarios (UME y HD) (PGC:  $M = 10.19$ ,  $DE = 3.58$ ; PGC F-II:  $M = 1.50$ ,  $DE = 1.27$ ).

Con respecto al SF-36, únicamente se encontraron diferencias en el desempeño del rol físico ( $t = -2.08$ ,  $p = .039$ ) en relación con la presencia de confidente ( $M = 38.11$ ,  $DE = 46.01$ ), o no ( $M = 50.42$ ,  $DE = 45.80$ ).

#### **4.3.1. Influencia del estado de ánimo**

Para obtener una información más precisa acerca de cómo influye el estado de ánimo en las variables de calidad de vida, comparamos los datos de aquellos que presentaban síntomas depresivos en el GDS (92 sujetos), con los que no los presentaban (147) (tabla 15). Los resultados obtenidos confirman que el estado de ánimo no influye de modo importante en la calidad de vida relacionada con la salud, ya que ninguna de las asociaciones fue significativa.

Por el contrario, si que se produjeron diferencias entre los deprimidos y los no deprimidos en la percepción subjetiva de la calidad de vida, tanto en las puntuaciones totales de la PGC ( $t = 13.83, p < .0001$ ), como en cada una de sus tres dimensiones (PGC F-I:  $t = 9.76, p < .0001$ ; PGC F-II:  $t = 7.83, p < .0001$ ; PGC F-III:  $t = 12.71, p < .0001$ ), lo que confirma los hallazgos previos obtenidos en las correlaciones.

También se encontraron diferencias significativas entre los deprimidos y los no deprimidos respecto de su situación de discapacidad física; los deprimidos presentan mayor dependencia (ECRF:  $t = -3.64, p = .001$ ; IB:  $t = 2.75, p < .05$ ) que los no deprimidos. En este grupo se encontró también más deterioro cognitivo (ECRM:  $t = -2.73, p < .05$ ; SPMSQ:  $t = -3.15, p < .05$ ), más dolor ( $t = -3.32, p = .001$ ) y mayor consumo de fármacos ( $t = -3.30, p = .001$ ). No se encontraron hallazgos significativos en relación con la edad, ni del número de diagnósticos.

Con respecto al sexo, se encontraron diferencias entre las variables comparadas; las mujeres ( $M = 11.20, DE = 5.77$ ) muestran puntuaciones más elevadas que los hombres ( $M = 8.01, DE = 4.48$ ) (3 puntos más de media), tanto en el GDS total ( $t = -4.48, p < .0001$ ), como en el factor anímico (mujeres:  $M = 3.48, DE = 2.20$ ; hombres:  $M = 2.30, DE = 2.00$ ) (1.2 puntos más) ( $t = -4.13, p < .00001$ ) y el de bienestar (mujeres:  $M = 2.03, DE = 1.92$ ; hombres:  $M = 1.51, DE = 1.69$ ) (.5 puntos más) ( $t = -2.15, p < .05$ ). Es decir, las mujeres están más deprimidas que los hombres, y los componentes anímico y de bienestar de la depresión están más deteriorados.

Con respecto a las variables sociales, se encontraron diferencias en el grado de depresión (GDS total:  $t = 2.38, p = .018$ ; factor I:  $t = 3.11, p = .029$ ) entre los que han perdido recientemente a un familiar o amigo (GDS total:  $M = 11.92, DE = 6.46$ ; factor I:  $M = 4.03, DE = 2.42$ ) y los que no ( $M = 9.64,$

Tabla 15: Diferencias entre los sujetos deprimidos y los no deprimidos según el GDS

	No deprimidos <i>n</i> = 147	Deprimidos <i>n</i> = 92	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Edad</b>	80.4 (5.9)	80.3 (6.1)	.11	NS
<b>Nº Dx</b>	4.7 (.6)	4.4 (1.3)	-2.10	NS
<b>Nº Fx</b>	5.2 (2.9)	6.5 (2.8)	-3.30	<b>.001</b>
<b>Dolor</b>	3.3 (2.5)	4.6 (3.1)	-3.32	<b>.001</b>
<b>ECRM</b>	.5 (.5)	.7 (.5)	-2.73	<b>.01</b>
<b>SPMSQ</b>	1.5 (1.1)	2.0 (1.1)	-3.15	<b>.003</b>
<b>ECRF</b>	2.0 (1.1)	2.6 (1.3)	-3.64	<b>.001</b>
<b>IB</b>	66.5 (23.5)	57.5 (26.0)	2.75	<b>.007</b>
<b>GDS F-I</b>	1.8 (1.4)	5.0 (1.7)	-16.04	<b>&lt; .0001</b>
<b>GDS F-II</b>	.9 (1.0)	3.4 (1.9)	-13.72	<b>&lt; .0001</b>
<b>PGC</b>	12.4 (2.2)	7.5 (3.3)	13.83	<b>&lt; .0001</b>
<b>PGC F-I</b>	5.1 (.9)	3.1 (1.6)	9.76	<b>&lt; .0001</b>
<b>PGC F-II</b>	2.2 (1.3)	.9 (1.1)	7.83	<b>&lt; .0001</b>
<b>PGC F-III</b>	5.2 (0.9)	3.1 (1.6)	12.71	<b>&lt; .0001</b>
<b>SF-36 PF</b>	23.6 (27.8)	20.5 (24.4)	.86	NS
<b>SF-36 RP</b>	42.7 (45.9)	47.6 (46.9)	-.79	NS
<b>SF-36 BP</b>	59.0 (29.1)	61.1 (31.9)	-.54	NS
<b>SF-36 GH</b>	46.0 (21.7)	44.2 (18.9)	.66	NS
<b>SF-36 VT</b>	53.9 (22.1)	51.6 (23.6)	.76	NS
<b>SF-36 SF</b>	58.9 (31.8)	62.2 (30.9)	-.79	NS
<b>SF-36 RE</b>	85.3 (33.4)	83.0 (34.8)	.51	NS
<b>SF-36 MH</b>	62.9 (22.5)	61.0 (24.4)	.61	NS
<b>PCS</b>	31.0 (10.8)	31.4 (9.5)	-.31	NS
<b>MCS</b>	50.6 (11.3)	49.9 (12.0)	.48	NS

*N* = 239; resultados en media (*DE*)

**Nº Dx**: número de diagnósticos; **Nº Fs**: número de fármacos; **ECRM**: Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja; **SPMSQ**: Test de Pfeiffer; **ECRF**: Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja; **IB**: Índice de Barthel; **GDS F-I**: Escala de Depresión Geriátrica, factor anímico; **GDS F-II**: Escala de Depresión Geriátrica, factor de bienestar; **PGC**: Escala de Philadelphia; **PGC F-I**: Escala de Philadelphia, factor agitación; **PGC F-II**: Escala de Philadelphia, factor actitud; **PGC F-III**: Escala de Philadelphia, factor insatisfacción; **SF-36 PF**: SF-36, subescala de funcionamiento físico; **SF-36 RP**: SF-36, subescala de rol físico; **SF-36 BP**: SF-36, subescala de dolor corporal; **SF-36 GH**: SF-36, subescala de salud general; **SF-36 VT**: SF-36, subescala de vitalidad; **SF-36 SF**: SF-36, subescala de funcionamiento social; **SF-36 RE**: SF-36, subescala de rol emocional; **SF-36 MH**: SF-36, subescala de salud mental; **PCS**: SF-36, componente físico estandarizado; **MCS**: SF-36, componente mental estandarizado.

$DE = 5.27$ ; factor I:  $M = 2.85$ ,  $DE = 2.11$ ). El grado de satisfacción con respecto a la vida sexual también se asoció con el estado de ánimo (GDS total:  $t = 1.63$ ,  $p = .025$ ; factor I:  $t = 1.69$ ,  $p = .003$ ), tanto si se mantenían relaciones (GDS total:  $M = 10.72$ ,  $DE = 5.47$ ; factor I:  $M = 3.37$ ,  $DE = 2.12$ ), como si no (GDS total:  $M = 9.24$ ,  $DE = 6.13$ ; factor I:  $M = 2.76$ ,  $DE = 2.46$ ).

Por último, se asociaron con el estado de ánimo y sus factores: la existencia de relaciones sociales ( $M = 1.78$ ,  $DE = 1.80$ ) o no ( $M = 3.10$ ,  $DE = 2.69$ ), que se asoció con el factor de bienestar del GDS ( $t = -2.22$ ,  $p = .02$ ); la presencia de confidente ( $M = 3.36$ ,  $DE = 2.29$ ) o no ( $M = 2.72$ ,  $DE = 2.06$ ), que se relacionó con el factor de ánimo deprimido y ansioso ( $t = 2.25$ ,  $p = .025$ ); y disponer de ayuda social a domicilio ( $M = 2.42$ ,  $DE = 2.08$ ) o no ( $M = 1.73$ ,  $DE = 1.79$ ), que se correspondió con el factor de bienestar ( $t = 2.04$ ,  $p = .04$ ).

#### **4.3.2. Perfil de los sujetos respecto de su calidad de vida**

Con el fin de identificar el perfil de los sujetos que poseen una buena calidad de vida, y comprobar si existen diferencias con aquellos que la tienen deficiente, se compararon subgrupos. En las tablas 16 y 17 podemos ver las características de los individuos en relación con su calidad de vida, tanto desde el punto de vista subjetivo, como con el relacionado con la salud. El punto de corte que se utilizó fue 9 para la PGC, 30 para el componente físico resumen del SF-36 y 55 para el componente mental.

**Tabla 16.1: Características de los sujetos según su percepción subjetiva de calidad de vida (variables cuantitativas)**

	<b>PGC ≤ 9 n = 82</b>	<b>PGC &gt; 9 n = 158</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Edad</b>	80.3 (5.8)	80.4 (6.2)	.038	NS
<b>Nº Dx</b>	4.3 (1.2)	4.1 (1.2)	-1.30	NS
<b>Nº Fx</b>	6.4 (2.8)	5.4 (2.9)	-2.69	<b>.008</b>
<b>Dolor</b>	4.3 (3.1)	3.5 (2.6)	-1.93	NS
<b>ECRM</b>	.6 (.6)	.6 (.5)	.31	NS
<b>SPMSQ</b>	1.7 (1.1)	1.7 (1.2)	.35	NS
<b>ECRF</b>	2.6 (1.3)	2.0 (1.1)	-3.51	<b>.001</b>
<b>IB</b>	56.5 (26.2)	66.0 (24.0)	2.83	<b>.005</b>
<b>GDS</b>	15.1 (5.2)	7.4 (3.5)	-13.59	<b>&lt; .0001</b>
<b>GDS F-I</b>	5.0 (1.8)	2.1 (1.7)	-12.17	<b>&lt; .0001</b>
<b>GDS F-II</b>	3.2 (2.1)	1.2 (1.2)	-9.43	<b>&lt; .0001</b>

N = 240; resultados en media (DE)

**Nº Dx:** número de diagnósticos; **Nº Fs:** número de fármacos; **ECRM:** Escala de Cruz Roja Mental; **SPMSQ:** Test de Pfeiffer; **ECRF:** Escala de Cruz Roja Física; **IB:** Índice de Barthel; **GDS F-I:** Escala de Depresión Geriátrica, factor anímico; **GDS F-II:** Escala de Depresión Geriátrica, factor de bienestar; **PGC:** Escala de Philadelphia.

**Tabla 16.2: Características de los sujetos según su percepción subjetiva de calidad de vida (variables cualitativas)**

	<b>PGC ≤ 9 n = 82</b>	<b>PGC &gt; 9 n = 158</b>	<b><math>\chi^2</math> gl = 1</b>	<b>p</b>
<b>Mujeres</b>	74.4%	57.6%	6.56	<b>.01</b>
<b>Estado de salud subjetivo regular, malo o muy malo</b>	76.8%	53.8%	12.11	<b>.001</b>
<b>Nivel educativo bajo</b>	82.9%	77.8%	.86	NS
<b>Mantiene relaciones sociales</b>	93.9%	96.8%	1.16	NS
<b>Vive con cónyuge, hijo u otro familiar</b>	65.9%	61.4%	.46	NS
<b>Presencia de confidente</b>	53.7%	48.7%	.52	NS
<b>Pérdida reciente de un familiar</b>	19.5%	14.6%	.97	NS
<b>Vida sexual satisfactoria</b>	91.5%	81.6%	4.08	<b>.043</b>
<b>Pensión ≤ 600€</b>	90.6%	90.5%	.00	NS
<b>No dispone de ayuda social</b>	84.0%	86.6%	.31	NS
<b>Es creyente y/o practicante</b>	98.8%	95.6%	1.73	NS
<b>Dispositivo de atención hospitalario (UME o HD)</b>	67.1%	66.3%	.34	NS

N = 240; resultados en porcentaje

Tabla 17.1: Características de los sujetos según su percepción de calidad de vida relacionada con la salud (variables cuantitativas)								
	PCS ≤ 30 n = 126	PCS > 30 n = 115	t	p	MCS ≤ 55 n = 134	MCS > 55 n = 106	t	p
Edad	78.3 (5.0)	82.6 (6.0)	-6.17	< .0001	80.5 (5.6)	80.1 (6.3)	.51	NS
Nº Dx	4.1 (1.1)	4.3 (1.2)	-1.30	NS	4.1 (1.2)	4.2 (1.2)	-.68	NS
Nº Fx	5.8 (2.8)	5.7 (3.0)	.18	NS	5.6 (2.9)	5.7 (3.0)	.10	NS
Dolor	3.8 (2.7)	3.7 (2.8)	.40	NS	3.5 (2.8)	4.0 (2.8)	-1.23	NS
ECRM	.6 (.5)	.6 (.5)	-.26	NS	.6 (.5)	.6 (.5)	-.54	NS
SPMSQ	1.6 (1.1)	1.8 (1.2)	-1.65	NS	1.7 (1.1)	1.7 (1.1)	-.39	NS
ECRF	2.2 (1.2)	2.3 (1.2)	-.56	NS	2.2 (1.1)	2.2 (1.3)	.18	NS
IB	62.6 (24.3)	62.8 (25.9)	-.10	NS	62.2 (24.5)	63.5 (25.8)	-.41	NS
GDS	9.8 (5.8)	10.3 (5.2)	-.71	NS	9.9 (5.3)	10.2 (5.8)	-.57	NS
GDS F-I	3.0 (2.3)	3.0 (2.0)	-.05	NS	3.0 (2.2)	3.1 (2.2)	-.23	NS
GDS F-II	1.7 (1.8)	2.0 (1.9)	-.91	NS	1.7 (1.7)	2.0 (2.0)	-1.00	NS

N = 241 para el PCS y 240 para el MCS; resultados en media (DE)

Nº Dx: número de diagnósticos; Nº Fs: número de fármacos; ECRM: Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja; SPMSQ: Test de Pfeiffer; ECRF: Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja; IB: Índice de Barthel; GDS F-I: Escala de Depresión Geriátrica, factor anímico; GDS F-II: Escala de Depresión Geriátrica, factor de bienestar; PCS: SF-36, componente físico estandarizado; MCS: SF-36, componente mental estandarizado.

Tabla 17.2: Características de los sujetos según su percepción de calidad de vida relacionada con la salud (variables cualitativas)								
	PCS < 30 n = 126	PCS > 30 n = 115	$\chi^2$ gl = 1	p	MCS ≤ 55 n = 134	MCS > 55 n = 106	$\chi^2$ gl = 1	p
Mujeres	63.5%	62.6%	.02	NS	64.2%	61.3%	.21	NS
Estado de salud subjetivo regular, malo o muy malo	59.5%	64.3%	.59	NS	59.0%	65.1%	.94	NS
Nivel educativo bajo	81.0%	78.3%	.27	NS	80.6%	78.3%	.19	NS
Mantiene relaciones sociales	96.8%	94.8%	.63	NS	96.3%	95.3%	.14	NS
Vive con cónyuge, hijo o familiar	67.5%	58.3%	2.19	NS	61.9%	64.2%	.12	NS
Presencia de confidente	52.4%	48.7%	.33	NS	50.0%	51.9%	.08	NS
Pérdida reciente de un familiar	14.3%	18.3%	.70	NS	15.7%	17.0%	.08	NS
Vida sexual satisfactoria	81.0%	89.6%	3.51	NS	84.3%	85.8%	.11	NS

<b>Pensión ≤ 600€</b>	92.4%	88.2%	1.13	NS	92.6%	87.8%	1.49	NS
<b>No dispone de ayuda social</b>	84.8%	86.8%	.20	NS	88.7%	81.9%	2.23	NS
<b>Es creyente y/o practicante</b>	96.8%	96.5%	.02	NS	96.3%	97.2%	.15	NS
<b>Dispositivo de atención hospitalario (UME o HD)</b>	69.8%	59.1%	3.02	NS	67.9%	60.4%	1.47	NS

*N* = 241 para el PCS y 240 para el MCS; resultados en porcentaje

Según los resultados obtenidos, los participantes que tenían peor calidad de vida subjetiva eran mujeres (74.4%), con sensación de encontrarse regular, mal o muy mal (76.8%) y una vida sexual satisfactoria (91.5%), aunque en su mayoría no mantenían relaciones sexuales. El número de fármacos consumidos por este grupo es de 6.4 (*DE* = 2.8) y su situación de discapacidad física es de dependencia moderada a grave (ECRF: 2.6, *DE* = 1.3; IB: 56.5, *DE* = 26.2). Con respecto a su estado de ánimo, la diferencia de puntuación en el GDS es de casi el doble entre los que peor calidad de vida manifiestan tener.

En relación con la salud física, la única diferencia que se encontró en el perfil fue respecto a la edad; los que tienen peor calidad de vida física son más jóvenes que los que la tienen mejor. Este hecho nos puede indicar cierto grado de aceptación de que el envejecimiento supone un declinar de la función física, lo que conllevaría una relativización de este hecho y una asunción del mismo como algo inherente al envejecimiento, que implica una serie de modificaciones respecto de las funciones físicas y los roles asumidos, como ocurre en otros momentos de la vida (paso de la niñez a la juventud o de ésta a la edad madura).

Con respecto a la salud mental, no se encontró ninguna diferencia significativa entre los dos grupos.



## 4.4. Predictores de la calidad de vida

Con el fin de conocer los factores que predicen que los ancianos participantes tengan una mejor o peor calidad de vida, se han construido diferentes modelos de regresión lineal, utilizando el método de introducción jerárquica de variables. Se diseñaron varios modelos: uno para la calidad de vida subjetiva, en el que la variable dependiente es la puntuación total de la PGC, y uno para cada una de las ocho subescalas del SF-36. Como variables independientes predictoras de los modelos se introdujeron el estado de ánimo medido con el GDS, el grado de discapacidad física, medido con la ECRF y el IB, el número de procesos clínicos, el número de fármacos consumidos y aquellas otras variables que consideramos que tenían un mayor peso en la percepción de calidad de vida, desde un punto de vista teórico.

En los diferentes modelos de regresión se introdujo el grado de deterioro cognitivo medido con la ECRM y el SPMSQ. Sin embargo, tenemos que advertir que las puntuaciones de ambas escalas son inusualmente bajas en este grupo de población; la razón es que uno de los criterios de inclusión del estudio fue no presentar deterioro cognitivo o que éste fuera muy leve (por ejemplo, algunos olvidos benignos o ligera desorientación), ya que la existencia de trastorno cognitivo podía disminuir la fiabilidad de los resultados obtenidos en los cuestionarios de calidad de vida. No obstante, en todos los modelos de regresión en los que se introdujeron estas variables, fueron excluidas.

En la tabla 18 podemos ver las ecuaciones definitivas que explican cada una de las variables dependientes, resultantes de la exclusión de de las variables inicialmente incluidas. El orden de inclusión, así como el grado de varianza que explica cada una de ellas, podemos verlo también en la tabla 18.

Los resultados muestran que, de todas las variables incluidas en el modelo en el que la calidad de vida subjetiva (PGC) era la variable dependiente, el estado de ánimo (GDS) explicó un elevado porcentaje de la varianza ( $R^2 = .64$ ,  $t = 20.60$ ). Sin embargo, el grado de discapacidad física solamente explicó un .8% de la varianza, según la Escala de Cruz Roja (ECRF,  $t = 2.44$ ) y un .9%, según el Índice de Barthel (IB,  $t = .38$ ). El grado de deterioro cognitivo medido, tanto con la Escala de Cruz Roja (ECRM), como con el Test de Pfeiffer (SPMSQ) explicó un .1% de la varianza, mientras que ni el número de procesos clínicos ni el de fármacos consumidos se asoció significativamente, igual que tampoco lo hicieron ninguno de los factores del GDS, ni de las variables que sí lo habían hecho en el estudio bivariado. Esto implica que, independientemente del sexo, la cantidad de enfermedades que se padezcan, el grado de dolor o la situación social que se posea, la depresión es el mejor predictor negativo de percepción subjetiva de calidad de vida del anciano. El grado de discapacidad física, aunque sí influye en los resultados de la PGC, explica un bajo porcentaje de la misma.

Con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, los resultados confirman, en líneas generales, los obtenidos previamente en las correlaciones. Aunque la edad se mostró muy significativamente relacionada con el SF-36, hemos preferido no incluirla en los modelos de regresión, debido a la dificultad que supone atribuir a la edad un valor predictivo en un estudio transversal, ya que los individuos de más edad, al no ser comparados consigo mismos, son los que, en principio, tienen mejores condiciones de salud de su grupo de edad, pudiendo ser considerados como los "supervivientes" con respecto a sus iguales.

En general, todas las dimensiones del SF-36 se han mostrado como las mejores predictoras de cada una de las demás. Sin embargo, no se han encontrado valores predictivos elevados entre éstas y los demás instrumentos de evaluación utilizados en el trabajo y relacionados con las diferentes áreas

contempladas también por el SF-36, así como entre éstas y la situación clínica del sujeto. Las variables independientes fueron introducidas una a una o en grupos afines (por ejemplo, el número de diagnósticos y de fármacos en un mismo paso, o el IB y la EFCR, que miden los mismos aspectos), siguiendo un criterio teórico de mayor o menor relación con la dimensión medida.

En lo referente al funcionamiento físico, las dificultades de desempeño de las actividades cotidianas por dificultades físicas (rol físico) explican un 25.6% de la varianza. La presencia de dolor corporal explica el 3.0%, la salud general un 4.4%, la vitalidad un .9%, el funcionamiento social (grado en que los problemas físicos interfieren en la vida social habitual) un 4.9%, el desempeño del rol emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren con las actividades diarias) un .6% y la salud mental un .1%. La presencia de enfermedades, el consumo de varios fármacos, el grado de discapacidad física y el de discapacidad mental, medidos con los instrumentos citados, sólo explicaron un 1.0% de la varianza. Por su parte, el grado de depresión explicó 1.1% de la misma.

Con respecto al rol físico, los resultados son similares. El funcionamiento físico predijo el 25.6% de la varianza, el dolor corporal el .3%, la salud general .1%, la vitalidad el 1.8%, el funcionamiento social el 8.9%, el rol emocional el .1% y la salud mental, el .2%. El grado de discapacidad física explicó el 1.0% del rol físico, la situación clínica el .4% y la situación cognitiva el .1%. La variable GDS resultó excluida del modelo.

Los resultados en relación con el dolor corporal son menos significativos, en general. El funcionamiento físico y el rol físico explican un .7% de la varianza. La salud general un 4.3%, la vitalidad un 4.0%, el funcionamiento social un 2.7% y el rol emocional, conjuntamente con la salud mental, un 1.8%. La discapacidad física explica un .8% de la varianza, mientras que el estado de ánimo explica un 1.3%, y el funcionamiento cognitivo un .9%.

En la dimensión de salud general tampoco hemos encontrado resultados muy significativos. El funcionamiento físico y el rol físico explicaron conjuntamente un 12.7% de la varianza y el dolor corporal un 4.0%. La vitalidad parece ser un factor bastante relacionado con la salud general, explicando un 18.4% de la misma. El funcionamiento social explicó un 2.5% de la salud general, mientras que el rol emocional y la salud mental conjuntamente lo hicieron en un .9%. Al igual que en las dimensiones anteriores, el grado de discapacidad física, la situación clínica, el grado de deterioro cognitivo y el funcionamiento afectivo explicaron un porcentaje reducido de la varianza de la salud general (1.7%).

Con la vitalidad ocurre una situación similar, aunque el grado de varianza explicado por las dimensiones del SF-36 es mayor que en el caso del dolor o la salud general. El funcionamiento físico contribuye a explicar un 15.2% de la variable, mientras que el rol físico y el dolor corporal lo hacen en un 2.3% y un 6.9%, respectivamente. El mayor porcentaje de explicación de la varianza es atribuible a la salud general (16.7%), lo que refuerza el hallazgo anterior. El funcionamiento social, el rol emocional y la salud mental explican un .2%, un 4.6% y un 7.6%, respectivamente. La discapacidad física predice un .5% de la vitalidad, el grado de enfermedad el .6%, el estado de ánimo el .3% y el funcionamiento afectivo el .4%.

El funcionamiento físico predice el 28.3% del funcionamiento social y el desempeño de roles físicos el 8.9%. El resto de dimensiones predictoras son: el dolor corporal (2.7%), la salud general (2.3%), la vitalidad (.1%), los roles emocionales (1.0%) y la salud mental (.5%). El GDS predice el .5%, el funcionamiento cognitivo el .2%, el grado de discapacidad física el .1% y la situación clínica el .1%.

Los roles emocionales se ven poco influenciados por las demás dimensiones y variables medidas. Aspectos como el funcionamiento físico, los roles físicos, el dolor corporal y la salud general, en conjunto, predicen el .9% de la varianza. La vitalidad el 6.8% y la salud mental el 5.1%. El resto de variables cognitivas y emocionales (GDS, ECRM y SPMSQ), no predicen ningún cambio y el grado de discapacidad, así como los aspectos clínicos, un .2% y un .3%, respectivamente. El funcionamiento social resultó excluido del modelo.

Por último, la salud mental según el SF-36 se puede explicar en un 13.2% por el funcionamiento y el desempeño de roles físicos, en un 7.6% por el dolor corporal, en un 9.8% por la salud general, un 12.1% por la vitalidad, un 2.1% por el funcionamiento social y un 2.8% por los roles emocionales. El GDS y las variables cognitivas tuvieron un valor predictivo bajo (.4% y .2%, respectivamente), al igual que los aspectos de discapacidad física (.9%) y clínicos (.2%).

**Tabla 18.1: Resumen del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la calidad de vida subjetiva (PGC) (N = 238)**

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados
	B	Error típico	$\beta$
Paso 1 ( $R^2 = .643$ )			
<b>GDS</b>	-.52	.03	-.80**
Paso 2 ( $R^2 = .651$ )			
<b>GDS</b>	-.50	.03	-.78**
<b>ECRF</b>	-.29	.12	-.10*
Paso 3 ( $R^2 = .652$ )			
<b>GDS</b>	-.51	.03	-.78**
<b>ECRF</b>	-.20	.27	-.07
<b>IB</b>	.01	.01	.03
Paso 4 ( $R^2 = .652$ )			
<b>GDS</b>	-.51	.03	-.78**
<b>ECRF</b>	-.23	.28	-.08
<b>IB</b>	.00	.01	.02
<b>Nº de diagnósticos</b>	.06	.14	.02
<b>Nº de fármacos</b>	-.01	.06	-.01

Paso 5 ( $R^2 = .653$ )			
<b>GDS</b>	-.51	.027	-.78**
<b>ECRF</b>	-.24	.28	-.08
<b>IB</b>	.00	.01	.03
<b>Nº de diagnósticos</b>	.06	.14	.02
<b>Nº de fármacos</b>	-.01	.06	-.01
<b>ECRM</b>	.22	.37	.03
<b>SPMSQ</b>	.04	.16	.01

**GDS:** Escala de Depresión Geriátrica; **ECRF:** Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja; **IB:** Índice de Barthel; **ECRM:** Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja; **SPMSQ:** Test de Pfeiffer.

\*\*  $p < .0001$

\*  $p < .05$

**Tabla 18.2: Resumen del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) ( $N = 241$ )**

<b>Funcionamiento físico</b>			
Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados
	B	Error típico	$\beta$
Paso 1 ( $R^2 = .256$ )			
<b>Rol físico</b>	.29	.03	.51**
Paso 2 ( $R^2 = .286$ )			
<b>Rol físico</b>	.27	.03	.48**
<b>Dolor corporal</b>	.15	.05	.17*
Paso 3 ( $R^2 = .393$ )			
<b>Rol físico</b>	.24	.03	.41**
<b>Dolor corporal</b>	.08	.05	.09
<b>Salud general</b>	.21	.08	.16*
<b>Vitalidad</b>	.15	.08	.128
Paso 4 ( $R^2 = .393$ )			
<b>Rol físico</b>	.16	.04	.28**
<b>Dolor corporal</b>	.04	.05	.04
<b>Salud general</b>	.12	.08	.09
<b>Vitalidad</b>	.16	.08	.13*
<b>Funcionamiento social</b>	.25	.05	.29**
Paso 5 ( $R^2 = .400$ )			
<b>Rol físico</b>	.16	.04	.28**
<b>Dolor corporal</b>	.04	.05	.04
<b>Salud general</b>	.13	.08	.10
<b>Vitalidad</b>	.21	.09	.18*
<b>Funcionamiento social</b>	.26	.06	.31**
<b>Rol emocional</b>	-.06	.05	-.07
<b>Salud mental</b>	-.06	.08	-.05
Paso 6 ( $R^2 = .410$ )			
<b>Rol físico</b>	.16	.04	.27**

<b>Dolor corporal</b>	.05	.05	.05
<b>Salud general</b>	.14	.084	.107
<b>Vitalidad</b>	.20	.09	.17*
<b>Funcionamiento social</b>	.25	.06	.30**
<b>Rol emocional</b>	-.06	.05	-.071
<b>Salud mental</b>	-.04	.08	-.04
<b>ECRF</b>	2.92	2.62	.13
<b>IB</b>	.10	.13	.086
<b>Nº de diagnósticos</b>	.145	1.32	.01
<b>Nº de fármacos</b>	-.01	.56	-.00
<b>ECRM</b>	1.72	3.60	.03
<b>SPMSQ</b>	.92	1.61	.04
Paso 7 ( $R^2 = .421$ )			
<b>Rol físico</b>	.16	.04	.27**
<b>Dolor corporal</b>	.05	.05	.06
<b>Salud general</b>	.12	.08	.09
<b>Vitalidad</b>	.21	.09	.18*
<b>Funcionamiento social</b>	.26	.06	.31**
<b>Rol emocional</b>	-.06	.05	-.08
<b>Salud mental</b>	-.05	.08	-.04
<b>ECRF</b>	4.17	2.76	.19
<b>IB</b>	.14	.13	.13
<b>Nº de diagnósticos</b>	.01	1.32	.00
<b>Nº de fármacos</b>	.16	.57	.017
<b>ECRM</b>	1.86	3.59	.036
<b>SPMSQ</b>	1.03	1.61	.05
<b>GDS</b>	-.44	.26	-.10

**ECRF:** Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja; **IB:** Índice de Barthel; **ECRM:** Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja; **SPMSQ:** Test de Pfeiffer; **GDS:** Escala de Depresión Geriátrica.

\*\*  $p < .0001$

\*  $p < .05$

**Tabla 18.3: Resumen del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) ( $N = 241$ )**

<b>Rol físico</b>			
Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados
	B	Error típico	$\beta$
Paso 1 ( $R^2 = .256$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.89	.10	.51**
Paso 2 ( $R^2 = .260$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.84	.11	.48**
<b>Dolor corporal</b>	.07	.09	.04

<b>Salud general</b>	.09	.14	.04
Paso 3 ( $R^2 = .278$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.79	.11	.45**
<b>Dolor corporal</b>	.02	.09	.01
<b>Salud general</b>	-.09	.15	-.04
<b>Vitalidad</b>	.35	.15	.17*
Paso 4 ( $R^2 = .367$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.51	.11	.29**
<b>Dolor corporal</b>	-.07	.09	-.05
<b>Salud general</b>	.35	.14	.17
<b>Vitalidad</b>	-.23	.15	-.10
<b>Funcionamiento social</b>	.55	.10	.37**
Paso 5 ( $R^2 = .370$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.51	.11	.29**
<b>Dolor corporal</b>	-.08	.09	-.05
<b>Salud general</b>	.30	.16	.15
<b>Vitalidad</b>	-.25	.15	-.11
<b>Funcionamiento social</b>	.53	.10	.36**
<b>Rol emocional</b>	-.04	.08	-.03
<b>Salud mental</b>	.15	.14	.07
Paso 6 ( $R^2 = .380$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.50	.11	.28**
<b>Dolor corporal</b>	-.07	.09	-.05
<b>Salud general</b>	.28	.16	.14
<b>Vitalidad</b>	-.24	.15	-.11
<b>Funcionamiento social</b>	.52	.10	.35**
<b>Rol emocional</b>	-.04	.08	-.03
<b>Salud mental</b>	.17	.14	.09
<b>ECRF</b>	6.78	4.53	.18
<b>IB</b>	.40	.22	.22
Paso 7 ( $R^2 = .385$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.49	.11	.28**
<b>Dolor corporal</b>	-.09	.09	-.06
<b>Salud general</b>	.27	.16	.13
<b>Vitalidad</b>	-.22	.15	-.10
<b>Funcionamiento social</b>	.52	.10	.35**
<b>Rol emocional</b>	-.04	.08	-.03
<b>Salud mental</b>	.18	.15	.09
<b>ECRF</b>	5.89	4.68	.15
<b>IB</b>	.34	.23	.19
<b>Nº de diagnósticos</b>	2.64	2.36	.07
<b>Nº de fármacos</b>	-.64	1.01	-.04
<b>ECRM</b>	-4.11	6.42	-.05
<b>SPMSQ</b>	1.49	2.88	.04

ECRF: Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja; IB: Índice de Barthel; ECRM: Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja; SPMSQ: Test de Pfeiffer.

\*\*  $p < .0001$

\*  $p < .05$



<b>Tabla 18.4: Resumen del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) (N = 241)</b>			
<b>Dolor corporal</b>			
Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados
	B	Error típico	$\beta$
Paso 1 ( $R^2 = .070$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.26	.08	.23*
<b>Rol físico</b>	.04	.05	.06
Paso 2 ( $R^2 = .113$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.18	.08	.15*
<b>Rol físico</b>	.03	.05	.05
<b>Salud general</b>	.32	.10	.22*
Paso 3 ( $R^2 = .153$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.13	.08	.12
<b>Rol físico</b>	.01	.05	.01
<b>Salud general</b>	.14	.11	.10
<b>Vitalidad</b>	.34	.10	.26*
Paso 4 ( $R^2 = .198$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.06	.09	.06
<b>Rol físico</b>	-.04	.05	-.07
<b>Salud general</b>	.06	.11	.04
<b>Vitalidad</b>	.27	.11	.20*
<b>Funcionamiento social</b>	.18	.08	.18*
<b>Rol emocional</b>	-.07	.06	-.08
<b>Salud mental</b>	.23	.10	.18*
Paso 5 ( $R^2 = .212$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.07	.09	.07
<b>Rol físico</b>	-.04	.05	-.07
<b>Salud general</b>	.05	.11	.03
<b>Vitalidad</b>	.28	.11	.21*
<b>Funcionamiento social</b>	.18	.075	.19*
<b>Rol emocional</b>	-.07	.06	-.07
<b>Salud mental</b>	.21	.106	.16*
<b>ECRF</b>	-5.38	3.41	-.22
<b>IB</b>	-.22	.16	-.18
<b>Nº de diagnósticos</b>	2.00	1.72	.08
<b>Nº de fármacos</b>	-.77	.73	-.07
Paso 6 ( $R^2 = .234$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.09	.09	.08
<b>Rol físico</b>	-.05	.05	-.07
<b>Salud general</b>	.07	.11	.05
<b>Vitalidad</b>	.25	.12	.19*

<b>Funcionamiento social</b>	.17	.08	.18*
<b>Rol emocional</b>	-.06	.06	-.07
<b>Salud mental</b>	.22	.11	.17*
<b>ECRF</b>	-6.23	3.60	-.25
<b>IB</b>	-.25	.17	-.20
<b>Nº de diagnósticos</b>	1.84	1.73	.07
<b>Nº de fármacos</b>	-.84	.74	-.08
<b>GDS</b>	.67	.34	.12*
<b>ECRM</b>	-7.47	4.67	-.13
<b>SPMSQ</b>	1.74	2.10	.07

**ECRF:** Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja; **IB:** Índice de Barthel; **GDS:** Escala de Depresión Geriátrica; **ECRM:** Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja; **SPMSQ:** Test de Pfeiffer.

\*\*  $p < .0001$

\*  $p < .05$

**Tabla 18.5: Resumen del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) ( $N = 241$ )**

<b>Salud general</b>			
Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados
	B	Error típico	$\beta$
Paso 1 ( $R^2 = .127$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.25	.06	.32**
<b>Rol físico</b>	.03	.03	.06
Paso 2 ( $R^2 = .167$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.22	.06	.28**
<b>Rol físico</b>	.02	.03	.04
<b>Dolor corporal</b>	.14	.04	.21*
Paso 3 ( $R^2 = .351$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.12	.05	.16*
<b>Rol físico</b>	-.02	.03	-.04
<b>Dolor corporal</b>	.05	.04	.07
<b>Vitalidad</b>	.45	.06	.49**
Paso 4 ( $R^2 = .385$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.08	.05	.11
<b>Rol físico</b>	-.05	.03	-.11
<b>Dolor corporal</b>	.02	.04	.03
<b>Vitalidad</b>	.38	.06	.41**
<b>Funcionamiento social</b>	.12	.05	.18*
<b>Rol emocional</b>	.03	.04	.05
<b>Salud mental</b>	.09	.06	.10
Paso 5 ( $R^2 = .387$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.09	.05	.11

<b>Rol físico</b>	-0.05	.03	-.11
<b>Dolor corporal</b>	.02	.04	.03
<b>Vitalidad</b>	.39	.07	.42**
<b>Funcionamiento social</b>	.12	.05	.18*
<b>Rol emocional</b>	.03	.04	.05
<b>Salud mental</b>	.08	.06	.09
<b>ECRF</b>	-1.53	2.07	-.09
<b>IB</b>	-.05	.10	-.06
<b>Nº de diagnósticos</b>	.28	1.04	.02
<b>Nº de fármacos</b>	.07	.44	.01
Paso 6 ( $R^2 = .402$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.08	.05	.10
<b>Rol físico</b>	-.04	.03	-.09
<b>Dolor corporal</b>	.03	.04	.04
<b>Vitalidad</b>	.39	.07	.43**
<b>Funcionamiento social</b>	.12	.05	.19*
<b>Rol emocional</b>	.03	.04	.04
<b>Salud mental</b>	.08	.06	.09
<b>ECRF</b>	-1.44	2.19	-.08
<b>IB</b>	-.04	.11	-.04
<b>Nº de diagnósticos</b>	.42	1.05	.02
<b>Nº de fármacos</b>	.07	.45	.01
<b>ECRM</b>	5.08	2.82	.13
<b>SPMSQ</b>	-2.09	1.26	-.12
<b>GDS</b>	-.10	.21	-.03

ECRF: Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja; IB: Índice de Barthel; ECRM: Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja; SPMSQ: Test de Pfeiffer; GDS: Escala de Depresión Geriátrica.

\*\*  $p < .0001$

\*  $p < .05$

**Tabla 18.6: Resumen del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) ( $N = 241$ )**

<b>Vitalidad</b>			
Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados
	B	Error típico	$\beta$
Paso 1 ( $R^2 = .152$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.33	.05	.39**
Paso 2 ( $R^2 = .175$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.27	.06	.30**
<b>Rol físico</b>	.09	.03	.18*
Paso 3 ( $R^2 = .244$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.20	.06	.24**

<b>Rol físico</b>	.08	.03	.16*
<b>Dolor corporal</b>	.21	.04	.27**
Paso 4 ( $R^2 = .411$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.10	.05	.11*
<b>Rol físico</b>	.07	.03	.14*
<b>Dolor corporal</b>	.14	.04	.18*
<b>Salud general</b>	.50	.06	.45**
Paso 5 ( $R^2 = .535$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.12	.05	.14*
<b>Rol físico</b>	.05	.03	.11
<b>Dolor corporal</b>	.09	.04	.12*
<b>Salud general</b>	.34	.06	.31**
<b>Funcionamiento social</b>	-.09	.04	-.13*
<b>Rol emocional</b>	.07	.03	.13*
<b>Salud mental</b>	.35	.06	.35**
Paso 6 ( $R^2 = .553$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.12	.05	.14*
<b>Rol físico</b>	.05	.03	.09
<b>Dolor corporal</b>	.08	.04	.11*
<b>Salud general</b>	.35	.06	.32**
<b>Funcionamiento social</b>	-.10	.04	-.13*
<b>Rol emocional</b>	.08	.03	.13*
<b>Salud mental</b>	.36	.06	.37**
<b>ECRF</b>	2.64	2.07	.14
<b>IB</b>	.05	.10	.06
<b>Nº de diagnósticos</b>	-.46	.99	-.02
<b>Nº de fármacos</b>	-.53	.43	-.07
<b>GDS</b>	.07	.20	.02
<b>ECRM</b>	-3.35	2.69	-.08
<b>SPMSQ</b>	.65	1.21	.03

**ECRF:** Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja; **IB:** Índice de Barthel; **GDS:** Escala de Depresión Geriátrica; **ECRM:** Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja; **SPMSQ:** Test de Pfeiffer.

\*\*  $p < .0001$

\*  $p < .05$

**Tabla 18.7: Resumen del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) ( $N = 241$ )**

<b>Funcionamiento social</b>			
Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados
	B	Error típico	$\beta$

Paso 1 ( $R^2 = .283$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.63	.07	.53**
Paso 2 ( $R^2 = .372$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.42	.07	.36**
<b>Rol físico</b>	.23	.04	.35**
Paso 3 ( $R^2 = .423$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.33	.07	.28**
<b>Rol físico</b>	.23	.04	.34**
<b>Dolor corporal</b>	.15	.06	.15*
<b>Salud general</b>	.29	.09	.19*
<b>Vitalidad</b>	-.08	.09	-.05
Paso 4 ( $R^2 = .448$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.34	.07	.29**
<b>Rol físico</b>	.21	.04	.31**
<b>Dolor corporal</b>	.13	.06	.13*
<b>Salud general</b>	.24	.09	.16*
<b>Vitalidad</b>	-.22	.10	-.16*
<b>Rol emocional</b>	.07	.05	.07
<b>Salud mental</b>	.23	.09	.17*
Paso 5 ( $R^2 = .455$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.34	.07	.29**
<b>Rol físico</b>	.21	.04	.30**
<b>Dolor corporal</b>	.13	.06	.12*
<b>Salud general</b>	.26	.09	.17*
<b>Vitalidad</b>	-.23	.10	-.16*
<b>Rol emocional</b>	.07	.05	.08
<b>Salud mental</b>	.23	.09	.17*
<b>GDS</b>	.24	.28	.04
<b>ECRM</b>	-1.75	4.04	-.03
<b>SPMSQ</b>	1.76	1.82	.07
Paso 6 ( $R^2 = .457$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.34	.07	.28**
<b>Rol físico</b>	.21	.04	.31**
<b>Dolor corporal</b>	.13	.06	.13*
<b>Salud general</b>	.26	.10	.17*
<b>Vitalidad</b>	-.22	.10	-.16*
<b>Rol emocional</b>	.07	.05	.07
<b>Salud mental</b>	.22	.09	.17*
<b>GDS</b>	.19	.30	.03
<b>ECRM</b>	-2.20	4.12	-.04
<b>SPMSQ</b>	1.91	1.84	.07
<b>ECRF</b>	.63	3.17	.02
<b>IB</b>	.02	.15	.01
<b>Nº de diagnósticos</b>	-.75	1.52	-.03

<b>Nº de fármacos</b>	.46	.65	.04
-----------------------	-----	-----	-----

\*\*  $p < .0001$ \*  $p < .05$ 

**Tabla 18.8: Resumen del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) ( $N = 241$ )**

<b>Rol emocional</b>			
Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados
	B	Error típico	$\beta$
Paso 1 ( $R^2 = .089$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	-.04	.10	-.03
<b>Rol físico</b>	.06	.05	.08
<b>Dolor corporal</b>	.04	.07	.04
<b>Salud general</b>	.44	.11	.27**
Paso 2 ( $R^2 = .157$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	-.09	.09	-.07
<b>Rol físico</b>	.03	.05	.04
<b>Dolor corporal</b>	-.03	.07	-.03
<b>Salud general</b>	.19	.12	.11
<b>Vitalidad</b>	.51	.12	.34**
Paso 3 ( $R^2 = .208$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	-.09	.09	-.07
<b>Rol físico</b>	.00	.05	.01
<b>Dolor corporal</b>	-.07	.07	-.07
<b>Salud general</b>	.12	.12	.07
<b>Vitalidad</b>	.31	.13	.21*
<b>Salud mental</b>	.43	.11	.30**
<b>GDS</b>	-.04	.37	-.01
<b>ECRM</b>	.08	5.24	.00
<b>SPMSQ</b>	-.13	2.36	-.00
Paso 4 ( $R^2 = .213$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	-.09	.10	-.07
<b>Rol físico</b>	.00	.05	.01
<b>Dolor corporal</b>	-.07	.08	-.06
<b>Salud general</b>	.12	.12	.07
<b>Vitalidad</b>	.31	.13	.21*
<b>Salud mental</b>	.43	.12	.30**
<b>GDS</b>	-.06	.39	-.01
<b>ECRM</b>	-.13	5.33	-.00
<b>SPMSQ</b>	.01	2.38	.00
<b>ECRF</b>	3.08	4.11	.11

<b>IB</b>	.17	.20	.13
<b>Nº de diagnósticos</b>	-1.78	1.96	-.06
<b>Nº de fármacos</b>	.34	.84	.03

\*\*  $p < .0001$ \*  $p < .05$ **Tabla 18.9: Resumen del análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) ( $N = 241$ )**

<b>Salud mental</b>			
Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados
	B	Error típico	$\beta$
Paso 1 ( $R^2 = .132$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.18	.06	.20*
<b>Rol físico</b>	.11	.04	.22*
Paso 2 ( $R^2 = .208$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.12	.06	.14*
<b>Rol físico</b>	.10	.03	.20*
<b>Dolor corporal</b>	.22	.05	.29**
Paso 3 ( $R^2 = .306$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	.04	.06	.04
<b>Rol físico</b>	.09	.03	.18*
<b>Dolor corporal</b>	.17	.04	.22**
<b>Salud general</b>	.39	.07	.34**
Paso 4 ( $R^2 = .427$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	-.01	.05	-.01
<b>Rol físico</b>	.06	.03	.12*
<b>Dolor corporal</b>	.10	.04	.14*
<b>Salud general</b>	.16	.07	.14*
<b>Vitalidad</b>	.47	.07	.45**
Paso 5 ( $R^2 = .476$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	-.04	.05	-.04
<b>Rol físico</b>	.03	.03	.06
<b>Dolor corporal</b>	.09	.04	.12*
<b>Salud general</b>	.10	.07	.09
<b>Vitalidad</b>	.41	.07	.40**
<b>Funcionamiento social</b>	.12	.05	.16*
<b>Rol emocional</b>	.13	.04	.19**
Paso 6 ( $R^2 = .482$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	-.05	.05	-.05
<b>Rol físico</b>	.04	.03	.07

<b>Dolor corporal</b>	.10	.04	.12*
<b>Salud general</b>	.09	.07	.08
<b>Vitalidad</b>	.42	.07	.41**
<b>Funcionamiento social</b>	.12	.05	.16*
<b>Rol emocional</b>	.12	.04	.18*
<b>GDS</b>	-.19	.20	-.05
<b>ECRM</b>	2.36	2.92	.05
<b>SPMSQ</b>	-.28	1.32	-.01
Paso 7 ( $R^2 = .493$ )			
<b>Funcionamiento físico</b>	-.03	.06	-.04
<b>Rol físico</b>	.04	.03	.08
<b>Dolor corporal</b>	.09	.04	.11*
<b>Salud general</b>	.08	.07	.07
<b>Vitalidad</b>	.43	.07	.41**
<b>Funcionamiento social</b>	.12	.05	.16*
<b>Rol emocional</b>	.12	.04	.18*
<b>GDS</b>	-.11	.21	-.03
<b>ECRM</b>	2.58	2.94	.058
<b>SPMSQ</b>	-.21	1.32	-.01
<b>ECRF</b>	-4.18	2.26	-.22
<b>IB</b>	-.13	.11	-.14
<b>Nº de diagnósticos</b>	-.48	1.09	-.03
<b>Nº de fármacos</b>	.42	.47	.05

**GDS:** Escala de Depresión Geriátrica; **ECRF:** Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja; **IB:** Índice de Barthel; **ECRM:** Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja; **SPMSQ:** Test de Pfeiffer.

\*\*  $p < .0001$

\*  $p < .05$



## 5. DISCUSIÓN

### 5.1. ¿Qué pretendíamos encontrar y qué hemos encontrado?

El punto de partida de este trabajo fue probar la hipótesis de que la calidad de vida en el anciano viene determinada por diversas variables de tipo psicosocial y no sólo por la salud, y que, por lo tanto, el conocimiento de todos estos factores nos ayudará a predecir niveles bajos de calidad de vida.

Para ello, utilizamos dos instrumentos de evaluación de la calidad de vida, en relación con una serie de variables clínicas y clasificatorias y la presencia de estado de ánimo deprimido y discapacidad física, en variadas circunstancias sociales. Estas escalas fueron aplicadas a una muestra de ancianos atendidos durante un año en diferentes niveles asistenciales geriátricos de los considerados como clásicos, tanto sanitarios (unidad de media estancia, hospital de día y consulta externa), como sociales (centro de día y residencia).

A partir de este planteamiento general, hemos comprobado que existen diferentes conjuntos de factores que influyen de forma notable en la calidad de vida del anciano, y que a continuación discutiremos en detalle. Entre ellos, cabe destacar dos grandes grupos que la afectan negativamente: los relacionados con la situación afectiva y los relacionados con la pérdida de capacidad funcional, roles y autonomía. También existen una serie de aspectos sociales que forman parte del concepto de calidad de vida, difíciles de determinar por su elevada subjetividad, pero que, indudablemente, tienen un cierto peso en el hecho de que el anciano sienta que esta etapa de su vida es satisfactoria o no. Es evidente, por otro lado, que a todas estas dimensiones de la calidad de vida

y, lo que es más importante, a la percepción que cada anciano tiene de la suya propia, les acompañan de forma inexorable las condiciones de salud.

Conocer el grado de deterioro físico y si existe o no sospecha de padecer depresión, nos ayuda a predecir valores bajos de calidad de vida. Ahora bien, la calidad de vida subjetiva y la relacionada con la salud, ambas medidas en nuestro estudio, parecen contener dimensiones diferentes, ya que, aunque nuestros resultados muestran afectación de ambos tipos de medida, se relacionan con mayor fortaleza con la percepción subjetiva de calidad de vida.

En nuestro trabajo hemos obtenido algunos resultados que nos permiten afirmar que la calidad en el anciano que utiliza recursos asistenciales especializados se ve afectada por diversos tipos de factores, si bien esta afirmación merece una serie de puntualizaciones:

- ⇒ La calidad de vida subjetiva está más afectada que la relacionada con la salud.
- ⇒ El estado de ánimo deprimido influye muy negativamente en la calidad de vida subjetiva, pero no hemos comprobado que lo haga en la relacionada con la salud.
- ⇒ El grado de dependencia por discapacidad física influye de forma negativa en la calidad de vida subjetiva, pero no se han objetivado relaciones con la calidad de vida relacionada con la salud.
- ⇒ Los aspectos sociales tienen escasas relaciones con la calidad de vida en los sujetos estudiados.
- ⇒ Ser mujer es un factor determinante para el sentimiento subjetivo de poseer una peor calidad de vida. El sexo no es importante para la calidad de vida relacionada con la salud.
- ⇒ La edad sólo influye en la calidad de vida relacionada con la salud. En nuestro caso, esta influencia ha sido positiva, pese a que se podría

pensar que a mayor edad, peor calidad de vida. No ha habido diferencias en la calidad de vida subjetiva.

- ⇒ El estado de salud no es un factor determinante directo para la calidad de vida, ni subjetiva, ni relacionada con la salud. Podría serlo indirectamente, a través del consumo de fármacos o el grado de discapacidad o depresión.

Con respecto a una de las hipótesis secundarias de nuestro trabajo, que pretendía conocer cuáles eran los factores que se asocian a puntuaciones bajas de las escalas de calidad de vida, podemos afirmar a partir de nuestros datos, que el perfil del anciano con baja calidad de vida es el de una mujer, con sensación de estado de salud malo, consumidora de un número importante de fármacos, grado moderado de dependencia por discapacidad física y estado de ánimo deprimido.

La segunda hipótesis secundaria que nos planteábamos comprobar era que el estado afectivo, el grado de discapacidad y los aspectos clínicos y sociales de la enfermedad en el anciano tienen un alto valor predictivo de las puntuaciones obtenidas en dos escalas habitualmente utilizadas para medir la calidad de vida en este grupo etario. En este sentido, a partir de los resultados obtenidos podemos decir que el estado de ánimo deprimido se ha mostrado como un excelente factor predictor de la calidad de vida subjetiva en el anciano. El grado de dependencia moderada por discapacidad física, también ha explicado una parte de la varianza de la calidad de vida percibida. Con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, los mejores factores predictores han sido las diferentes dimensiones medidas por el propio instrumento, sin que se hayan encontrado otras asociaciones muy significativas con respecto a las demás variables medidas en el estudio. Únicamente, la edad se mostró en el análisis bivariado como un buen factor predictor; sin embargo, decidimos no introducir este parámetro en los distintos modelos de regresión realizados, por resultar difícil comparar sujetos que, aunque por su edad

pertenecen a un mismo colectivo, el de las personas mayores, pueden presentar grandes diferencias entre sí (rango de edad entre 66 y 94 años) y no se pueden comparar consigo mismos, al no tratarse de un estudio longitudinal. Los factores clínicos, de funcionamiento cognitivo y sociales no se han mostrado buenos predictores de la calidad de vida en nuestros ancianos.

A continuación, discutimos estos resultados detalladamente.

## **5.2. ¿Cómo se pueden interpretar nuestros resultados?**

Desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, la evaluación de la calidad de vida tiene como objetivo principal determinar los efectos de los cuidados de salud como intervenciones positivas, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones terapéuticas y estudiar las causas e impacto de las variables psicosociales intervinientes en el estado de salud (Moreno y Ximénez, 1996). Estas tareas han adquirido especial relevancia en los últimos años, toda vez que los cuidados se centran actualmente, no sólo en la supervivencia, sino más bien, en una supervivencia con calidad (Torrance, 1987).

El hecho de que la mayoría de los estudios evaluativos se hayan desarrollado en este campo no es casual. Es frecuente encontrar en la literatura el concepto "calidad de vida relacionada con la salud" (Grau, 1997). La salud es considerada uno de los principales valores del hombre, uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida y el bienestar total, a la vez que repercute en el resto de los elementos o valores presentes en la misma y ésta es, a su vez, una resultante también de la atención a la salud. Por ello, muchos autores consideran que el concepto de salud no sólo es el valor

predominante, sino también el aglutinante de entre los distintos integrantes de la calidad de vida (Kaplan, 1998; Moreno y Ximénez, 1996).

A la vista de los resultados obtenidos en nuestro trabajo, parece que en los ancianos que utilizan recursos especializados, la calidad de vida subjetiva está más afectada que la relacionada con la salud. Se encontraron más asociaciones significativas entre los aspectos anímicos, clínicos, sociales y de discapacidad física con la PGC que con el SF-36, pese a que este instrumento evalúa la repercusión de síntomas, enfermedades y tratamientos sobre el estado de ánimo (Guillén, 1990), siendo todos estos aspectos contemplados en el presente trabajo. También contiene una serie de subescalas que consideran la situación emocional del sujeto, así como las actividades y roles que ha tenido que dejar de realizar por problemas en esta esfera.

En nuestro trabajo no hemos podido confirmar que el SF-36 refleje la salud mental del sujeto, ya que los estados disfóricos o la disminución de la eficacia en el desempeño de actividades cotidianas detectada por otros instrumentos específicos, no ha sido confirmada por el SF-36. Contrariamente a lo que se podía esperar, los resultados de nuestros ancianos en la subescala de problemas en el desempeño de roles por cuestiones emocionales, están por encima de la media correspondiente a su sexo y edad (con la excepción de los hombres de 75 ó más años, que están 3 puntos por debajo). Esto podría ser consecuencia del tipo de sociedad a la pertenecen nuestros pacientes. Todos ellos residen en la provincia de Toledo y proceden de pueblos pequeños (56.0%) o de ciudades con menos de 90.000 habitantes (el 31.0% son de Talavera y el 13.0% de Toledo), en donde predomina una sociedad de estilo tradicional, con cultura y costumbres principalmente rurales, en la que posiblemente el rol del anciano y el respeto social hacia la vejez sean mucho mayores que en una sociedad de corte más urbano. Además, el mantenimiento de los roles y de la participación social, así como el contacto personal es más fácil en este tipo de entornos que en las ciudades grandes, lo que contribuye a

que la persona mayor se sienta emocionalmente más satisfecha y socialmente menos aislada (Zunzunegui, Beland y Otero, 2001; Sancho, 2002; IMSERSO, 2005a; IMSERSO, 2005b; Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006).

Como consecuencia del resultado anterior, podemos pensar que pese a que la calidad de vida es un concepto multidimensional en el que influyen diferentes aspectos, la percepción subjetiva de la misma y la relacionada con la salud están bien diferenciadas entre sí y no se relacionan mutuamente, como demuestra el hecho de que los instrumentos utilizados para medir ambos aspectos no se hayan asociado. En nuestro caso, ha mostrado una mayor sensibilidad a la pérdida de capacidades que podría reflejar una merma en la calidad de vida, la Escala de Philadelphia, que el SF-36, pese a que las personas estudiadas habían sufrido un deterioro en su salud y/o situación física que debería reflejarse mejor en el segundo instrumento. Esto nos hace pensar que en la calidad de vida tiene mayor peso la propia imagen de la persona acerca de su grado de competencia y otros aspectos subjetivos (experiencia personal, estilo de afrontamiento, personalidad, etc.), que las consecuencias directas de la propia enfermedad o discapacidad que, objetivamente, están deteriorando la salud. Por todo ello, nos parece recomendable utilizar la PGC como instrumento de evaluación complementario de otros habitualmente utilizados en la valoración geriátrica integral, ya que aporta información adicional y no redundante acerca de cómo afecta y cómo afronta cada persona la enfermedad, discapacidad y/o depresión, en situaciones sociales muy diversas.

En nuestro estudio hemos obtenido un número reducido de asociaciones entre las variables evaluadas y la calidad de vida relacionada con la salud, al igual que ha ocurrido en otros estudios previos (López et al., 2005). Es posible que no existan tales asociaciones o que el SF-36 no las detecte. Esto nos hace pensar que este instrumento no parece ser el mejor para evaluar cómo afectan al anciano diversos factores como la situación social, el estado de ánimo deprimido, la discapacidad o los síntomas de enfermedad, habida cuenta de

que en nuestro trabajo, la mayor parte de los participantes habían sufrido una pérdida funcional y/o se encontraban enfermos, estando hospitalizados o recibiendo atención especializada por esta razón. Refuerza esta opinión el hecho de que estas variables sí hayan encontrado reflejo en la calidad de vida subjetiva medida con la PGC. Pudiera ser que el SF-36 fuera un buen instrumento para medir resultados clínicos, para comprobar la efectividad de las intervenciones terapéuticas o para comprobar si la calidad de vida relacionada con la salud de personas con una determinada patología es diferente en función de aspectos como la personalidad, los condicionantes sociales o su estilo de vida; pero, en nuestra opinión, no refleja el sentimiento que la persona tiene hacia su calidad de vida, sino más bien, aspectos objetivos de la misma, que, en ocasiones no son los más importantes para la sensación de bienestar personal.

Volviendo a las hipótesis de trabajo, en el estudio bivariado se comprobó que los aspectos que influyen sobre la percepción subjetiva de calidad de vida en nuestra muestra son el estado de ánimo, el grado de dependencia por discapacidad física, el número de fármacos consumidos y el dolor. El grado de deterioro cognitivo se asoció débilmente con el factor de actitud hacia el envejecimiento, pero no con los resultados globales de la PGC. Estos resultados son similares a algunos de los obtenidos en otros trabajos previos, en los que se defiende que los aspectos emocionales y mentales, así como el soporte social, son tan importantes como la funcionalidad física (Guilmette, Snow, Grace y Giuliano, 1992; Strasser, 1992; Rudman, McCormack, Cuisinier y Mattson, 1993; Greendale et al., 2000). Efkliides et al. (2003), en un estudio sobre 160 personas entre 63 y 100 años, encontraron que los aspectos demográficos y de salud se vieron mediatizados por el estado de ánimo, así como por los factores de adaptación al envejecimiento, en su influencia sobre la calidad de vida. Aunque desde nuestro punto de vista y coincidiendo con Subasy y Hayran (2005), nos parece difícil determinar cuál de estos factores es de mayor importancia, si la severidad de la afectación de los mismos o las

características personales del individuo y su estilo de afrontamiento del envejecimiento como etapa de la vida.

El estado de ánimo ha sido uno de los factores que más han influido en la calidad de vida subjetiva en nuestro trabajo. Al igual que en otros muchos estudios se refiere su considerable asociación con la calidad de vida (Coleman, Philp, y Mullee, 1995; Sánchez del Corral et al., 1995; Shepherd y Prescott, 1996; Lamb, 1996; Löfgren, Gustafson y Nyberg, 1999; Shmueli, Baumgarten, Rovner y Berlin, 2001; Demura y Sato, 2003; Naumann y Byrne, 2004; Heideken et al., 2005; Woo, Ho y Wong, 2005; Chan, et al., 2006; Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery y Blane, 2006; Yanguas, 2006), en el nuestro, los resultados del GDS que indican sospecha de depresión, se han asociado muy significativamente en el estudio correlacional ( $r = -.80$ ,  $p < .0001$ ) y han explicado el 64.3% de la varianza de la PGC. Esto significa que el ánimo deprimido es un excelente predictor de valores bajos en calidad de vida subjetiva, por lo que parece recomendable utilizar esta medida en aquellos casos en los que se sospeche que la persona está deprimida. También podría utilizarse la PGC como instrumento para detectar precozmente el riesgo de depresión en el anciano.

A diferencia del estudio de Jönsson, Lindgren, Hallström, Norrving y Lindgren (2005) sobre la calidad de vida de 416 ancianos supervivientes a un accidente cerebrovascular, no se han encontrado asociaciones importantes entre los resultados del GDS y ninguno de los dominios del SF-36.

Por otro lado, la relación causal entre la tendencia depresiva y la calidad de vida subjetiva es bidireccional y parece difícil determinar la dirección de ésta a partir de los datos de nuestro estudio. Sin embargo, el hecho de que el ánimo deprimido se haya asociado únicamente con la PGC, podría inducirnos a pensar que es la percepción que el sujeto tiene de su estatus personal y social, lo que produce un efecto negativo sobre el estado de ánimo, ya que si la relación



fuera inversa, la calidad de vida relacionada con la salud también debería estar afectada por la puntuación obtenida en el GDS, circunstancia ésta que no se ha producido. Otra posible conclusión es que ambos instrumentos (SF-36 y PGC) miden aspectos diferentes no relacionados, como ya hemos comentado.

El grado de discapacidad física ha sido, junto con el estado de ánimo deprimido, el otro factor que ha influido de modo muy importante en la percepción de calidad de vida de nuestros pacientes, lo que coincide con otros estudios realizados previamente (Gurland, Wilder y Berkman, 1888; Katz, 1998; Smith, Borchelt, Maier y Jopp, 2002; Chan, et al., 2006). Esta asociación se produjo primero en las correlaciones (ECRF:  $r = -.30$ ,  $p < .0001$ ; IB:  $r = .26$ ,  $p < .0001$ ), confirmándose después en el análisis multivariante, aunque de un modo menos significativo. En este caso, la ECRF y el IB predijeron conjuntamente un .8% de la PGC. Parece tener un mayor reflejo en la calidad de vida subjetiva el grado de discapacidad física medido con la ECRF que con el IB, pese a que ambas escalas miden las mismas áreas de funcionamiento, tienen una elevada correlación entre sí, como muestran nuestros resultados ( $r = -.89$ ,  $p < .0001$ ), y el IB es más exhaustivo que la ECRF. En nuestro caso, a diferencia de los hallazgos encontrados por Aguado y Alcedo (2003), en un trabajo en el que comparan las necesidades en relación con la calidad de vida de 325 personas mayores con discapacidad, no se ha objetivado una asociación significativa entre el tipo de discapacidad y las necesidades y/o preocupaciones en el proceso de envejecimiento.

Ninguno de los dos instrumentos se correlacionó con ninguna de las subescalas del SF-36, ni con sus componentes resumen de la salud física y mental, aunque contiene varias subescalas que evalúan la influencia del deterioro físico y los síntomas de la enfermedad-discapacidad sobre la calidad de vida. Esto sugiere que no existe una relación directa entre el grado de dependencia y la percepción de salud, pese a que la discapacidad parece un hecho objetivo que incide negativamente sobre la misma y a que la mayor

parte de los participantes en el estudio habían sufrido una pérdida reciente y/o estaban recibiendo atención especializada por esta razón.

Esto podría interpretarse como que se acepta que se produzca un deterioro objetivo de las habilidades físicas y una disminución del rendimiento funcional y social como consecuencia del envejecimiento, pero, sin embargo, este aspecto afecta negativamente a la sensación de bienestar del sujeto. Esto se plasma en una percepción subjetiva de insatisfacción, aunque no se traduce en una evaluación negativa de la calidad de vida en relación con la salud. Similares resultados se han encontrado en estudios previos. Wang et al. (2002) estudiaron las relaciones entre factores de salud y soporte social y la satisfacción vital en ancianos que viven en una comunidad rural, concluyendo que no se produjeron asociaciones entre la calidad de vida medida con el SF-36 y el funcionamiento físico, entre otros hallazgos.

Hemos encontrado una relación muy significativa ( $p < .0001$ ) entre la gravedad de la situación clínica, medida en función del número de fármacos consumidos, y la percepción subjetiva de calidad de vida ( $r = -.18$ ), el estado de ánimo ( $r = -.20$ ) y el grado de discapacidad física ( $r = .33$  y  $r = -.33$  con ECRF e IB, respectivamente). Este resultado confirma el hallazgo de Efklides et al. (2003), según el cual, las enfermedades y, especialmente, la percepción que el sujeto tiene de la gravedad de las mismas, tiene un efecto negativo sobre la moral (entendida como una perspectiva optimista de la vida, la realización de planes de futuro y la anticipación del placer en la realización de actividades). Al igual que otras variables, no se han producido asociaciones con ninguna de las subdimensiones del SF-36 en el estudio bivariante, mientras que la explicación de la varianza de estos factores sobre las distintas dimensiones del SF-36 es baja.

Por el contrario, parece que el padecimiento de múltiples enfermedades no influye de forma importante sobre la calidad de vida, ni subjetiva, ni

relacionada con la salud. Este hallazgo es consistente con los de otros estudios de similares características (Livingston, Watkin, Manela, Rosser y Katona, 1998; Naumann y Byrne, 2004; Chan, et al., 2006), en los cuales se ha confirmado también que el número de diagnósticos clínicos no es un predictor de resultados en calidad de vida. Únicamente se asoció con el factor envejecimiento de la PGC ( $r = -.15, p < .05$ ) en el análisis bivariado. Sin embargo, sí se ha asociado con el número de fármacos ( $r = .45, p < .0001$ ) y la ECRF ( $r = .14, p < .05$ ), aunque en este último caso la asociación es débil y no se ha repetido para el IB.

Como consecuencia de lo anterior, opinamos que se establece una relación significativa entre el número de fármacos que se consumen, la cantidad de enfermedades (discapacitantes) que el sujeto padece y su aceptación o no del envejecimiento como un proceso biológico. En general, en nuestra muestra esta actitud fue negativa, lo que puede denotar que, con frecuencia, el envejecimiento no es bien aceptado por las personas, y menos aún, si éste se acompaña de cambios patológicos que requieren tratamiento. No obstante, pudiera ser que la enfermedad sea considerada como algo que, inexorablemente, acompaña al envejecimiento, lo que haría que sus influencias negativas sobre la calidad de vida se redujeran, explicándose así que esta variable aisladamente no se asociara con la PGC ni con el SF-36. Por lo tanto, concluimos que, aunque podría suponerse que la pluripatología característica del paciente geriátrico es un aspecto que objetivamente disminuye la calidad de vida, no lo hemos podido constatar en nuestro estudio.

Sin embargo, sí hemos encontrado interrelación entre el número de fármacos consumido y el estado de ánimo y la calidad de vida subjetiva. De este dato podríamos deducir que el consumo de un número elevado de fármacos hace que la persona perciba que su calidad de vida no es buena, independientemente de la cantidad de enfermedades que padezca. Aunque tampoco podemos considerar la polifarmacia como un factor predictor de baja

calidad de vida, ya que su influencia como variable predictora en los modelos de regresión en los que fue introducida como variable independiente, es escasa.

Con respecto al dolor, los resultados indican que influye de forma negativa sobre la percepción subjetiva de calidad de vida ( $r = -.14, p < .05$ ) y sobre algunas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud. Concretamente, el dolor produce un mayor nerviosismo, afectando al humor y al grado de ansiedad medidos con la PGC (lo cual se ha confirmado en el GDS,  $r = -.18, p < .0001$ ). Sin embargo, no afecta a los factores de agitación e insatisfacción y soledad, de lo que podemos deducir que existe una relación directa entre el dolor y el estado de ánimo deprimido, mientras que se entiende que es un factor que normalmente se asocia al envejecimiento y que no implica una disminución de roles sociales y actividades físicas. Estos resultados están apoyados también en el hallazgo de que el dolor subjetivo (les solicitamos a los participantes que nos indicaran su grado de dolor en una escala de 0 a 10, en la que 0 era la ausencia de dolor y 10 un dolor insoportable) se asocia de forma positiva con el desempeño de roles por problemas físicos ( $r = .13, p < .05$ ) y con el funcionamiento social ( $r = .16, p < .05$ ) del SF-36.

Aunque el SF-36 incluye un apartado de evaluación específica del dolor, no se ha correlacionado con éste. Este resultado podríamos interpretarlo de dos formas: una, que el apartado de dolor corporal del SF-36, pese a mostrar en general en nuestra muestra puntuaciones más bajas que en los sujetos de la misma edad, es vivido por cada sujeto de una manera diferente, sin que influya necesariamente en la sensación de bienestar de la persona. Y la otra, que la vivencia subjetiva de dolor no necesariamente implica la existencia real del mismo. Esta hipótesis nos parece la más acertada, ya que hemos obtenido una influencia negativa del dolor subjetivo sobre el estado de ánimo, al igual que otros trabajos (Parmelee, Katz y Lawton, 1991; Williamson y Schultz, 1992; Cohen-Mansfield y Marx, 1993; Katz, 1998; Reid, Guo, Towle, Kerns y Concato,

2002), pero, sin embargo, no existe interferencia entre éste y el funcionamiento físico o social de la persona.

No obstante, entendemos que habría que profundizar más en el estudio del dolor y sus relaciones con la calidad de vida, para comprobar si se producen los mismos resultados que en otros estudios en los cuales sí se han encontrado relaciones entre éste y diversas variables como la discapacidad física o los trastornos de conducta (Scudds y Robertson, 2000; Rejeski, Miller, Foy, Messier y Rapp, 2001; CIPHER, Clifford y Roper, 2006). Por otro lado, no estamos seguros de la direccionalidad de esta relación. Puede ser que el dolor produzca síntomas depresivos o que la presencia de trastornos del ánimo exacerbe la sensación dolorosa, aunque es probable que la relación sea bidireccional (Rudy, Kerns y Turk, 1988; Magni Moreschi, Rigatti-Luchini y Merskey, 1994).

Por lo que respecta a la relación de los instrumentos de evaluación cognitiva con la calidad de vida, se ha observado que, tanto el Test de Pfeiffer, como la ECRM, se relacionan muy débilmente con la misma. Únicamente se ha encontrado una asociación negativa significativa de ambos instrumentos con el factor de aceptación del envejecimiento de la PGC ( $r = -.15, p < .05$ ) y positiva del SPMSQ con los apartados de funcionamiento físico ( $r = .14, p < .05$ ) y funcionamiento social ( $r = .13, p < .05$ ) del SF-36. Ambos instrumentos tuvieron escasa influencia sobre la variable dependiente en los modelos de regresión en los que fueron introducidos. Esto puede significar dos cosas: que el deterioro cognitivo no influye de forma importante en la percepción que el individuo tiene de su calidad de vida, al menos, cuando éste es leve, o bien, que estos instrumentos de evaluación cognitiva miden aspectos diferentes, aunque complementarios, de los que evalúan la PGC y el SF-36.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos resultados podrían estar motivados por el hecho de haber excluido del estudio a aquellos pacientes que, en el momento de su ingreso en las unidades donde se ha llevado a cabo

la recogida de datos, presentaban un deterioro cognitivo moderado o grave (puntuación en la ECRM  $\geq 2$  ó más de 3 errores en el SPMSQ), para evitar la pérdida de fiabilidad de los datos derivada de la baja comprensión de las preguntas del cuestionario o de determinados instrumentos incluidos en el protocolo. Al haber excluido estos casos, no podemos hablar de existencia o no de relación del deterioro cognitivo con otras variables, pues tenemos un rango bajo de puntuaciones. Aunque nuestra opinión es que era de esperar una relación negativa más sólida entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo, habida cuenta de la pérdida que supone el trastorno cognitivo en relación con la autonomía personal, competencia, autoeficacia y control sobre los hechos que afectan al propio individuo, como se ha comprobado en otros trabajos previos (Ruuskanen y Ruoppila, 1995; Somogyi-Zalud, Zhong, Lynn y Hamel, 2000; Wang et al., 2002; Patrick, Johnson, Goins y Brown, 2004; Gerritsen, Jongenelis, Steverink, Ooms y Ribbe, 2005; Cipher, Clifford y Roper, 2006); sin embargo, no hemos podido comprobar esta asociación en nuestro trabajo. Además, los casos de deterioro cognitivo pueden acompañarse de anosognosia o falta de reconocimiento de la propia enfermedad y todo lo que a ella se refiere, lo contrario que ocurre con los ancianos deprimidos, que tienen exacerbada la conciencia de sus problemas psíquicos y físicos, lo cual podría explicar los resultados de nuestro trabajo.

Al igual que en otros estudios de similares características (Wang et al., 2002; Woo, Ho y Wong, 2005; Heideken et al., 2005), el sexo se asoció significativamente con la PGC; ser mujer es un indicador para obtener puntuaciones bajas en calidad de vida subjetiva. En el estudio realizado por Netuveli, Wiggins, Hildon, Motgomery y Blane (2006) el sexo se asoció, contrariamente a nuestros resultados, con una mejor calidad de vida, en una muestra de 9300 personas estudiadas en la primera oleada del estudio longitudinal ELSA (Reino Unido).

Sin embargo, se encontraron escasas influencias sociales en la misma. No se han mostrado como variables que modifiquen la calidad de vida subjetiva la cuantía de la pensión, el nivel de estudios, las creencias religiosas, las relaciones sociales, la presencia de confidente o la ayuda social. Únicamente se asoció de forma significativa recibir atención hospitalaria en UME u HD. Estos datos difieren también de los de Efklides et al. (2003) y los de Netuveli et al. (2006), que encontraron que factores como una buena situación financiera, un nivel educativo elevado, el mantenimiento de relaciones sociales frecuentes con niños, familia y amigos o vivir en un buen barrio, produjeron efectos positivos sobre la calidad de vida. Existen otros muchos estudios que también confirman que aspectos como el estatus económico, el nivel educativo, la red social o el soporte sociofamiliar sí se asocian a la calidad de vida subjetiva (Ho et al., 1995; Newsom y Schulz, 1996; Efklides, Kalaitzidou y Chankin, 2003; Hwang y Lin, 2003; Harris Cook, Victor y Rink, 2003; Breeze et al., 2004; López et al., 2005; Breeze et al., 2005; Heideken et al., 2005; Borg, Hallberg y Blomqvist, 2006; Chan, et al., 2006).

El hallazgo de que las asociaciones entre los datos sociales y la calidad de vida subjetiva sean escasas, unido al hecho de que tampoco se encontraron relaciones significativas entre los parámetros sociales y el SF-36, refuerzan la conclusión anterior acerca de las diferencias existentes entre la población estudiada y otras con similares características.

Un resultado que llama la atención es que los ancianos que viven solos o en residencia han obtenido mejores puntuaciones que los que viven con el cónyuge o familiares en los resultados totales de la PGC y sus tres dimensiones y en todas las subescalas del SF-36, así como en los dos componentes resumen, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, excepto en el factor I de la PGC ( $t = 2.52, p = .012$ ).

Si analizamos los resultados teniendo en cuenta el nivel asistencial en el que se encuentra el anciano, encontramos diferencias con respecto a otros estudios previos (IMSERSO, 2005a; INE, 1999). La mayoría de los sujetos atendidos en los niveles asistenciales sociales (centro de día y residencia) presentaba una situación funcional y afectiva mejor que los atendidos en los niveles sanitarios (unidad de media estancia y hospital de día): en el centro de día, el 94.7% salía a la calle sin dificultad o con mínimo apoyo instrumental, no se había caído en los últimos dos meses (68.4%) y tenía unas puntuaciones medias en la ECRF ( $M = 1.31$ ,  $DE = 1.16$ ), el IB ( $M = 85.26$ ,  $DE = 187.99$ ) y el GDS ( $M = 10.26$ ,  $DE = 5.17$ ) que indicaban buena situación funcional y buen estado de ánimo. En la residencia esta situación se repite: sale a la calle el 75.7%, no se ha caído el 75.7%, su nivel de deterioro en la ECRF es de 1.08 ( $DE = .89$ ), en el IB de 87.70 ( $DE = 12.17$ ) y la puntuación del GDS fue de 8.78,  $DE = 5.67$ ). Es decir, que la situación de los residentes fue incluso mejor que la de los usuarios de centro de día, lo cual no sigue la distribución normal de los hallazgos de otros estudios. El hecho de que las puntuaciones en los instrumentos funcionales y afectivos sean más altas, podría inducirnos a pensar que la calidad de vida también será mejor; sin embargo, no hemos encontrado diferencias significativas entre ambos recursos (CD: PGC:  $M = 10.89$ ,  $DE = 3.02$ ) RG: PGC:  $M = 11.27$ ,  $DE = 3.94$ ).

En la unidad de media estancia y el hospital de día, sí se han encontrado diferencias significativas con respecto a la situación funcional y el estado de ánimo (UME: ECRF:  $M = 2.83$ ,  $DE = .99$ . IB:  $M = 46.24$ ,  $DE = 18.96$ . GDS:  $M = 9.60$ ,  $DE = 5.15$ . HD: ECRF:  $M = 2.56$ ,  $DE = .77$ . IB:  $M = 58.84$ ,  $DE = 18.99$ . GDS:  $M = 12.14$ ,  $DE = 5.84$ ) y en la calidad de vida subjetiva (UME: PGC:  $M = 10.61$ ,  $DE = 3.28$ . HD: PGC:  $M = 8.95$ ,  $DE = 4.07$ ). Los peores resultados se obtienen en el hospital de día, lo cual nos hace pensar que la pérdida funcional reciente es un factor muy influyente en la calidad de vida y el estado de ánimo. Estos resultados son menos llamativos en la unidad de media



estancia, debido probablemente, a que la persona quizá no es todavía consciente del alcance de la pérdida, aunque el proceso esté en una fase más aguda y el estado de salud y la estabilidad clínica sean más precarias. Es decir, que el estado de salud influye menos en la percepción de la calidad de vida y en el estado de ánimo, que la dependencia funcional. Esto confirma el hallazgo previo que se deriva de la ausencia de relación entre el número de diagnósticos y la calidad de vida.

En lo que se refiere a los ancianos que viven en residencia, este dato es especialmente llamativo, habida cuenta de que, en líneas generales, el hecho de vivir en una institución suele ser mal aceptado por los ancianos, que lo viven como un "abandono" por parte de sus familiares, con una tendencia al aislamiento y a la insatisfacción mayor que los que viven en la comunidad. Este resultado podría deberse a las características de la residencia y el centro de día en los que hemos recogido los datos. Se trata de instituciones situadas en el centro urbano de la ciudad de Talavera de la Reina, con excelentes accesos al exterior y una amplia zona de servicios próxima. Las salidas de los residentes al exterior (que, además de lo anterior, tienen un nivel funcional también mejor de lo habitual), son frecuentes, sin que ello suponga un riesgo o un esfuerzo importante por parte del anciano; y las visitas de familiares, vecinos y amigos, también lo son. Es decir, que los ancianos que viven en esta residencia, pese a que carecen de algunos servicios que podrían considerarse como "generadores de calidad de vida" (por ejemplo, atención psicológica, terapia ocupacional, programas de activación y animación, etc.), gracias al mantenimiento de los vínculos sociales previos, así como la proximidad con los servicios comunitarios y la familia, manifiestan que su calidad de vida es buena. Ho et al. (2003) en un estudio comparativo entre la calidad de vida de ancianos residentes en una institución con otros que viven en la comunidad, encontraron también que los residentes mostraban mayor satisfacción con la vida y una mayor felicidad subjetiva que los que vivían en la comunidad, entre otros aspectos.

También se podría explicar este resultado arguyendo el efecto "figura-fondo" a que hacen referencia Lehr, Schmitz-Scherzer y Quadt (1979) en su estudio. El hecho de que estas personas hayan pasado por circunstancias difíciles a lo largo de otras etapas de sus vidas, puede provocar un efecto de percepción de la situación actual como mejor de lo que es en realidad, aunque existan problemas de salud física y psicológica que puedan indicar objetivamente lo contrario. Sus condiciones de vida (entorno físico, atención por profesionales, alimentación, calefacción, etc.) son mejores que en esos otros momentos y esto puede producir un efecto de satisfacción. Además, en este caso este hallazgo se puede ver reforzado por el hecho de que la situación afectiva y funcional de los sujetos que viven en la residencia sea mejor, incluso, que la de otros que viven en sus domicilios y entornos habituales.

Otra posible explicación de este resultado podría ser que el hecho de que los participantes en nuestro trabajo sean ancianos enfermos o con discapacidad, que utilizan diferentes recursos asistenciales sanitarios y sociales (unidades hospitalarias vs unidades sociales), podría motivar que la vida en una residencia fuera de mayor calidad, al recibir una atención más especializada y continuada de la que se recibiría en las mismas circunstancias en el domicilio propio. Aunque la mayoría de los estudios realizados sobre la "salud mental" de los ancianos que viven en residencias pone de manifiesto una mayor presencia de problemas en los residentes, en comparación con los que viven en la comunidad, sin olvidar que estos resultados varían según el tipo de residencia de la que se trate.

A diferencia de otros estudios (Newsom y Schulz, 1996; Ardlet, 1997; Efkliides et al., 2003; Woo, Ho y Wong, 2005), en el nuestro la edad no se asoció con la PGC ni con ninguna de las subescalas en el estudio bivalente; sin embargo, fue la variable que se asoció más significativamente con tres de sus subescalas del SF-36 (función física, dificultades en el desempeño de roles por problemas físicos y función social), así como con el componente físico resumen,

en sentido positivo. Este resultado, aunque tomado con todas las cautelas que exige un estudio transversal, puede significar que no existe una disminución del bienestar subjetivo como consecuencia del envejecimiento, ni tampoco un declinar de las funciones y actividades físicas y sociales relacionadas con el mismo. Más bien, lo que parece ocurrir es que se acepta que el envejecimiento conlleva una modificación de estos parámetros que se asume como normalmente asociada a la edad. Por ello, la vivencia de calidad de vida relacionada con los aspectos físicos y sociales es positiva. Este resultado coincide en parte con el hallado por Woo, Ho y Wong (2005) que estudiaron los factores que contribuyen al total de la puntuación de la PGC en una muestra de ancianos residentes en la comunidad. En su caso, encontraron que los ancianos de 90 y más años tenían mejores puntuaciones en la subescala de aceptación del envejecimiento que los más jóvenes (70 a 89 años), justificando este hallazgo como que la aceptación del proceso de envejecimiento contribuye a elevar la moral. Este resultado podría representar un efecto de supervivencia en los muy ancianos.

También se han encontrado en otros estudios pequeños incrementos del bienestar subjetivo en relación con la edad (Bradburne, 1969; Argyle, 1999; Brimm, 2000), que han sido interpretados de diferentes maneras. Campbell, Converse y Rodgers (1976) encuentran pruebas de que tienen menos aspiraciones y, por tanto, las diferencias entre metas y logros son menores en este grupo de edad. Herzog, Rodgers y Woodworth (1982) justifican este hallazgo argumentando que, posiblemente, tienen más tiempo para ajustarse a una situación cambiante y han conseguido adaptarse a sus necesidades. Baltes y Baltes (1989) sugieren que las personas que envejecen satisfactoriamente lo hacen porque utilizan estrategias de compensación para equilibrar pérdidas en ciertos campos y porque obtienen ganancias en otros campos. Según Felton (1987) las diferencias en estos hallazgos se deben a diferencias entre cohortes; las de más edad, con menor educación, menos expectativas y mayor

preocupación por la supervivencia básica, evalúan el bienestar de manera más positiva que las cohortes más jóvenes.

Si analizamos las tres dimensiones de la calidad de vida subjetiva de la PGC vemos que, en general, los resultados obtenidos para la PGC total se repiten para todas ellas; el factor que más asociaciones registró fue el de actitud hacia el envejecimiento, que se relacionó con aspectos afectivos (los que presentaban mayor sospecha de depresión y mayor afectación de los factores anímico y de bienestar), cognitivos (mayor puntuación en la ECRM y más errores en el SPMSQ), físicos (elevadas puntuaciones en la ECRF y bajas en el IB), clínicos (número de enfermedades padecidas y polifarmacia) y sociales (ser receptor de atención hospitalaria en UME u HD). En el factor de ansiedad y humor disfórico influyeron la polifarmacia y el dolor, el grado de discapacidad física (ECRF e IB), la sospecha de depresión y sus dos factores y aspectos sociales como vivir con familiares (los que viven con su pareja o en casa de los hijos u otros familiares, tienen peor calidad de vida que los que viven solos o en residencia) y satisfacción con la vida sexual. Sobre la insatisfacción por las relaciones sociales únicamente influyeron variables de discapacidad física (ECRF e IB), estado de ánimo (GDS total, factor I y factor II) y haber perdido recientemente a un familiar.

Además de lo anterior, la evaluación del cambio autopercebido como consecuencia del envejecimiento, no sólo fue negativa en los sujetos que mostraron una calidad de vida baja, sino que este resultado se repitió también en aquellos ancianos que respondieron positivamente al cuestionario PGC, obteniendo unas puntuaciones altas. Esto puede significar que el envejecimiento es un acontecimiento vital que tiene un significado y un valor social negativo que repercute, no sólo en la sociedad en general que minusvalora al anciano, sino también en la persona mayor en particular, que parece vivir la experiencia del envejecimiento como algo negativo, aunque éste sea satisfactorio y saludable.

El perfil del sujeto con baja calidad de vida subjetiva ( $PGC \leq 9$ ) es el de una mujer consumidora de un número importante de fármacos ( $M = 6.4$ ,  $DE = 2.8$ ), que tiene sensación de que su estado de salud es regular, malo o muy malo (76.8%), una dependencia de moderada a grave por discapacidad física (ECRF:  $M = 2.6$ ,  $DE = .6$ ; IB:  $M = 56.5$ ,  $DE = 26.2$ ), sin que haya deterioro cognitivo importante y un estado de ánimo deprimido (GDS:  $M = 15.1$ ,  $DE = 5.2$ ), con mayor afectación de los componentes anímico ( $M = 5.0$ ,  $DE = 1.8$ ) y de bienestar ( $M = 3.2$ ,  $DE = 2.1$ ). Con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36  $\leq 30$ ) no hemos encontrado ninguna asociación relevante, a excepción de la edad. Los sujetos más jóvenes (78 años), presentan peores condiciones que los mayores (83 años).

A la vista de estos resultados, parece recomendable utilizar la PGC como instrumento de cribado con respecto a la calidad de vida de las mujeres que, a su ingreso en unidades geriátricas, presenten depresión, discapacidad física moderada y polifarmacia.

### 5.3. Otros hallazgos significativos

Si analizamos los resultados del estudio en relación con los instrumentos utilizados y sus correlaciones, podemos ver que, en lo que se refiere a la discapacidad física, existe una asociación negativa muy significativa entre la ECRF y el IB ( $r = -.89$ ,  $p < .0001$ ). Aunque esto pueda parecer contradictorio, sólo significa que las puntuaciones de ambas escalas son inversas, es decir, a mayor puntuación obtenida en la ECRF, mayor es el deterioro, mientras que, la máxima puntuación en el IB significa la independencia completa en las actividades de la vida diaria. Puesto que ambas escalas evalúan los mismos aspectos (las actividades básicas de la vida diaria), al igual que en el caso de la evaluación cognitiva breve, la ECRF parece ser un instrumento de elección

como medio de evaluación de la discapacidad física en el anciano, ya que, además de su elevada correlación con el IB, es mucho más sencillo y rápido. Además, en nuestro estudio se ha mostrado más sensible a los cambios en la calidad de vida por motivos de discapacidad física. La crítica que podríamos hacer a esta escala es que es menos exhaustiva que el IB y aporta información menos detallada. Además, al ser un instrumento de manufactura española y, pese a estar muy extendido su uso en todo el territorio nacional en el ámbito de la atención gerontológica, su utilidad en estudios de investigación internacionales puede ser discreta, ya que su conocimiento y utilización en los países anglosajones es escaso.

También se encontró una correlación muy significativa ( $p < .0001$ ) entre el GDS, el IB y la ECRF ( $r = -.20$ ,  $r = .26$ , respectivamente). De ello podríamos deducir que el grado de discapacidad física influye negativamente en el estado de ánimo del anciano, por lo que las medidas destinadas a prevenir el deterioro físico también tendrían un efecto positivo sobre la prevención del trastorno anímico. Lo mismo ocurre con la presencia de múltiples enfermedades ( $r = .20$ ,  $p < .0001$ ) y el dolor ( $r = .16$ ,  $p < .05$ ), por lo que el tratamiento de ambos, puede redundar en una disminución de la sintomatología depresiva.

En lo que se refiere a los aspectos cognitivos, medidos a través de la ECRM y el SPMSQ, ambas escalas se asocian muy significativamente entre sí ( $r = .66$ ,  $p < .0001$ ). Puesto que la ECRM es un instrumento más sencillo y breve que el SPMSQ, podemos decir que la primera es una medida válida y fiable del deterioro cognitivo en los ancianos, que ha resultado útil en nuestro estudio y que podría ser un instrumento de elección para la valoración geriátrica integral del anciano.

Por otro lado, el deterioro cognitivo medido con el SPMSQ, no se asoció con el grado de discapacidad física según la ECRF y el IB, mientras que sí lo hizo cuando se medía con la ECRM (ECRF:  $r = .19$ ,  $p < .0001$ ; IB:  $r = -.19$ ,

$p < .0001$ ). Esto puede significar que la ECRM es más sensible a la asociación entre discapacidad física y cognitiva que el Test de Pfeiffer. Del mismo modo ocurre con el estado afectivo medido con el GDS; mientras que no existe asociación estadísticamente significativa con el SPMSQ, sí existe con la ECRM ( $r = .13$ ), aunque con una relación más débil ( $p < .05$ ) que con la discapacidad física. En ambos casos se confirma nuestra propuesta anterior de que la ECRM es el instrumento de elección para medir la situación cognitiva en el anciano y sus implicaciones funcionales y sobre el estado de ánimo.

También hemos comprobado que la depresión en el anciano que presenta algún tipo de discapacidad es frecuente (el 44.3% de los participantes presentaba síntomas de depresión), y que ello produce una percepción reducida de su calidad de vida medida con la PGC. El estado de ánimo deprimido ha sido la variable que más relaciones ha tenido con diversos aspectos. Concretamente, los deprimidos son mayoritariamente mujeres, consumen más fármacos, tienen más dolor y mayor deterioro físico y cognitivo, además de peor calidad de vida subjetiva. Curiosamente, tienen menos diagnósticos que los no deprimidos. Aunque este último dato no es estadísticamente significativo ( $p = .20$ ), apoya el resultado de que un aspecto objetivo, como es la cantidad de enfermedades que se padecen, que podría deteriorar el estado de ánimo y la percepción de bienestar, no afecta directamente al mismo, sino que más bien, la depresión exacerba los efectos de la enfermedad y puede ser, incluso, una causa independiente de sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida.

En el caso del estado de ánimo deprimido, si hemos encontrado relaciones negativas con los aspectos sociales. Se han asociado de forma significativa al mismo, haber perdido a un familiar o amigo recientemente, no tener confidente, no mantener relaciones sociales y no recibir ayuda social. Con respecto a la vida sexual, ésta no es satisfactoria. De este resultado podemos concluir que los aspectos sociales, aunque no se hayan relacionado en nuestro

trabajo de forma muy significativa con la calidad de vida, sí parecen tener una influencia importante en la depresión.

Una aplicación práctica de estos hallazgos podría plasmarse en una mayor prevención de la sintomatología depresiva en el anciano, así como en un mejor manejo terapéutico de la misma. Tanto en el caso de ancianos que viven en la comunidad, como en el de los que viven en residencias, ayudarle a construir (o reconstruir) una red de soporte social y familiar debe ser una prioridad. Con ello, probablemente, conseguiríamos mejorar su calidad de vida y la de toda la comunidad.

También, y coincidiendo con el trabajo de Peel, McClure y Bartlett (2005), en el que analizaron las evidencias científicas existentes sobre los factores de conducta determinantes de un envejecimiento saludable, opinamos que para que se produzca un envejecimiento satisfactorio, es necesario que se desarrollen políticas de salud que promuevan la calidad y el bienestar en los últimos años de la vida y que promuevan intervenciones dirigidas a la modificación del estilo de vida y al control de ciertos factores de riesgo, como por ejemplo, la inactividad física, la enfermedad y la morbilidad psiquiátrica. Otros trabajos ponen el acento en el funcionamiento físico, en la capacidad cognitiva y en la independencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Guralnik y Kaplan, 1989; Strawbridge, Cohen, Shema y Kaplan, 1996; Reed et al., 1998; Leveille, Guralnik, Ferrucci y Langlois, 1999; Ford et al., 2000; Vaillant y Mukamal, 2001; Haveman-Nies, De Groot y Staveren, 2003; Newman et al., 2003; Peel, Bartlett y McClure, 2004).

En general, siempre se contempla al anciano o a la sociedad envejecida desde una perspectiva casi exclusivamente médica y funcional; sin embargo, existen toda una serie de factores de tipo psicosocial que tienen un gran impacto sobre la satisfacción vital, como hemos comprobado en nuestro estudio. En muchos casos, estos factores son determinantes para que la



persona sienta que su calidad de vida es buena o mala, independientemente del número, gravedad y tipo de trastornos clínicos y discapacitantes que padezca. Incluso, podemos afirmar a la vista de nuestros resultados, que la enfermedad influye más en la percepción subjetiva de calidad de vida, que objetivamente en ella, como se puede deducir del hecho de que los resultados de la PGC sean más significativos que los del SF-36. Pensamos que sería apropiado dirigir la investigación futura sobre envejecimiento hacia estas áreas.

En resumen, el presente estudio identifica una serie de condiciones anímicas, discapacitantes, clínicas y sociales que juegan un papel muy importante en la satisfacción vital del anciano; también se muestra la importancia relativa que tienen los aspectos psicosociales en comparación con los clínicos y funcionales sobre la calidad de vida. Comprender las diferencias entre ellos como condicionantes esenciales de la satisfacción y el bienestar de la persona mayor entendida como un todo, puede ayudarnos a desarrollar estrategias efectivas de intervención en estas áreas. Con ello, podemos contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos, independientemente de cuáles sean sus condiciones de salud.

## **5.4. Reflexiones finales**

En primer lugar, la calidad de vida de los ancianos asistentes a diferentes niveles asistenciales geriátricos, sanitarios y sociales, evaluada mediante la PGC y el SF-36, no muestra asociaciones o éstas son escasas o parciales, con el número de problemas clínicos, la situación cognitiva del anciano o la edad. Por lo tanto, podemos afirmar que para estimar el grado de satisfacción del anciano con su vida, no podemos guiarnos de asimilaciones que partan de sus diagnósticos o de su mayor o menor deterioro cognitivo, como suele ocurrir en

la clínica; para conocer la situación en esta esfera, es necesario utilizar instrumentos específicos y, además, tener en cuenta el punto de vista del paciente.

En segundo lugar, puesto que se han producido fuertes asociaciones entre la situación física y emocional y la calidad de vida, podemos plantearnos que los incrementos en la función física o un mejor manejo de los problemas clínicos o del estado de ánimo del anciano podrían producir mejoras concretas en esas áreas, pero para saber si también mejoran la calidad de vida, es necesario utilizar instrumentos específicos de medida de este parámetro. Por ello, planteamos que se incorpore algún instrumento de evaluación del estado de ánimo y del grado de deterioro físico como medidas predictivas de la calidad de vida, tanto relacionada con la salud, como con la percepción subjetiva de la misma. Pero además, es necesario incluir escalas que evalúen con precisión esta esfera. En nuestro caso, se han mostrado útiles la *Escala de Discapacidad Física de Cruz Roja* y la *Escala de Depresión Geriátrica*, como medidas respectivas de la situación física y afectiva, y la *Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia*, con respecto a los parámetros de calidad de vida. Nos parece recomendable utilizar esta escala como instrumento de evaluación complementario de otros habitualmente utilizados en la valoración geriátrica integral. Sin embargo, no nos parece de utilidad el *Cuestionario de Salud SF-36*, ya que las asociaciones mostradas con los demás instrumentos de evaluación utilizados han sido escasas y poco consistentes. Sería conveniente analizar la utilidad de otros instrumentos de similares características en su aplicación al anciano.

Como hallazgo colateral, merece la pena destacar que en este trabajo no se ha encontrado correlación entre los aspectos cognitivos y la calidad de vida, lo que nos hace suponer que, si se siguen confirmando estos datos en estudios

posteriores, no sería de utilidad para futuras investigaciones la utilización de los resultados de los test cognitivos como medidas válidas para determinar la calidad de vida, a diferencia de lo que ocurre con las que evalúan el estado de ánimo y la discapacidad física. Sin embargo, si que existe cierta coherencia entre los tres grupos de medidas. Esta reflexión la hacemos con las reservas que requieren las limitaciones del estudio con respecto a esta esfera.

Para finalizar, podemos decir que, aunque sea visible el deterioro físico que experimenta el anciano, deterioro que le puede hacer cuestionarse su propia eficacia y capacidad para resolver efectivamente las situaciones problemáticas en las que se encuentra, deben dirigirse los esfuerzos hacia la investigación de los factores que repercuten en la calidad de vida, ya que, según hemos podido comprobar, puede ser una herramienta de utilidad para comprender las reacciones del paciente ante los problemas afectivos o la enfermedad/discapacidad, siendo, incluso, más importante que el propio deterioro psicofísico y, también, para evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas de toda índole. Todo ello puede servir como base para la toma de decisiones sobre políticas psicosociales y sanitarias relacionadas con la vejez y para el establecimiento de estrategias asistenciales que promuevan, a través de la mejora del estado de ánimo y la situación de discapacidad, el logro de una mejor calidad de vida en los ancianos. Parece conveniente, por tanto, y en relación con otros estudios europeos y programas cuyo objetivo principal es reducir la morbilidad y hacer frente a la depresión y la discapacidad para mejorar la calidad de vida en la vejez y aumentar la independencia funcional de las personas mayores, que se siga profundizando en el conocimiento de los factores que inciden directamente en uno de los pilares en que se apoya el concepto: la salud física y mental y la autonomía de la persona anciana. Las implicaciones de estos resultados para la valoración geriátrica integral y la planificación de los cuidados, pueden ser relevantes en el panorama asistencial gerontológico actual.

## 5.5. ¿Qué limitaciones tiene nuestro trabajo?

Es posible que nuestros resultados merezcan una serie de puntualizaciones. En primer lugar, cabe destacar que, dadas las características de los instrumentos de evaluación y la elevada complejidad y subjetividad del concepto, nos hemos visto obligados a dejar fuera del estudio a buena parte de los pacientes que ingresaron en las unidades citadas (sólo cumplieron los criterios de inclusión 242 de los 450 casos estudiados inicialmente), debido a la presencia, principalmente, de deterioro cognitivo que dificulta o impide la obtención de respuestas fiables. Esto redujo considerablemente la muestra y, por tanto, los resultados obtenidos son de más difícil generalización. Dadas las características de los pacientes a los que no se les pudo aplicar la evaluación con ciertas garantías, podemos decir que en aquellas unidades en las que predominen los enfermos con estos problemas, puede que este tipo de evaluación no aporte información de utilidad. No obstante, nuestra opinión es que parece conveniente incluir la medición de la calidad de vida como una evaluación complementaria de la valoración geriátrica integral, para los pacientes atendidos en las unidades geriátricas, tanto hospitalarias, como sociales (Alarcón et al., 1993; González y Salgado, 1995; Inaba, Goecke, Sharkey y Brenneman, 2003; Huppert y Whittington, 2003).

Coincidimos con otros autores en la dificultad que supone la evaluación de la calidad de vida y su relación con los factores determinantes de la misma (Kaplan, Bush y Berry, 1976; Ware, 1984; Haes y Van Knippenberg, 1987; Ware, 1987; Slevin, Plant y Linch, 1988; Jenkins, Jono y Stanton, 1990; Bowling, 1994; Gill y Feinstein, 1994; Winefeld, 1995; Moreno y Ximénez, 1996;). Esto se debe, en gran medida a las características peculiares de este constructo psicológico: su indistinción conceptual, los problemas metodológicos

de su estudio y las dificultades inherentes a su evaluación: su naturaleza bipolar objetiva-subjetiva y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada (Flannagan, 1978; Ware, 1984; Jenkins, Jono y Stanton, 1990).

Otra dificultad encontrada ha sido la duración de la entrevista, principalmente por la complejidad de alguno de los instrumentos utilizados, que hizo que se produjera cierto cansancio en los participantes y mayor dificultad de respuesta a ciertas preguntas contenidas en los cuestionarios, especialmente en el GDS y el SF-36. No obstante, el *Cuestionario de Salud SF-36* parece ser un instrumento adecuado, fiable y relativamente corto, que permite medir claramente los diferentes aspectos relacionados con la salud, de una forma multidimensional (Zúñiga, Genny, Carrillo, Fos, Gandek y Medina-Moreno, 1999). También consideramos adecuado, por su diseño específico para ser aplicado a la población geriátrica, su brevedad y elevada validez y fiabilidad (British Geriatrics Society, 1992; Knapp, 1976), la PGC.

A pesar de la complejidad que supone, consideramos que la evaluación de la calidad de vida y su correlación con diferentes aspectos psicosociales y de discapacidad es una medida necesaria, especialmente ahora que los cuidados de salud se entienden en términos de bienestar subjetivo y satisfacción personal y no sólo en términos de salud objetiva. Su evaluación genera, sin duda, una serie de dificultades, ya que debe contemplar los componentes subjetivos, de naturaleza psicológica y evaluados por el propio individuo (Haes y Van Knippenberg, 1989; Haes y Van Knippenberg, 1987; Lara-Muñoz, Ponce de León, y de la Fuente, 1995; Grau, 1997), tanto como las condiciones "objetivas" que se reflejan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, siendo a través de este proceso como se convierten en bienestar subjetivo. Por tanto, se deben considerar, junto con los juicios de los profesionales de la salud, la evaluación de los propios pacientes (Batista-Foguet y Artés, 1994).

También parece importante hacer una serie de reflexiones acerca de las características de nuestra muestra. Con respecto al perfil de los participantes, se les puede encuadrar como grupo dentro de los denominados pacientes geriátricos, es decir, mayores de 65 años, con pluripatología, tendencia a la discapacidad y con patología mental y/o social acompañante. Los motivos de ingreso son similares a los de otros niveles asistenciales geriátricos sanitarios y sociales, si bien cabe destacar que, en nuestro caso, la causa más frecuente de asistencia discrepó ligeramente de las de otros recursos similares. En la unidad de media estancia y el hospital de día fueron las fracturas (61.1% y 40.9%, respectivamente), por encima de otras patologías de alta prevalencia en este tipo de unidades, como por ejemplo, la patología cerebrovascular (26.5% y 36.4%, respectivamente) (González y Salgado, 1995). Por otro lado, es necesario apuntar que, tanto en el hospital de día, como en la unidad de media estancia, el nivel de deterioro funcional de los asistentes es recuperable y su estado cognitivo es relativamente aceptable, para que la persona colabore en la terapia, además de existir unos criterios de ingreso estrictos. El resultado es que los ancianos participantes tienen un pronóstico relativamente bueno con relación a los ingresados en otras unidades hospitalarias o en recursos comunitarios o residenciales. En el caso de la consulta externa, se produjo un gran número de casos excluidos por trastornos psiquiátricos o patología cognitiva dominante, que fue el trastorno más prevalente (48.2%). En los niveles sociales, el problema principal que presentaban los participantes era de tipo social (92.2%).

En lo que se refiere a la evaluación del estado de ánimo de los participantes en el estudio, inicialmente utilizamos la *Escala de Depresión de Beck* (1961), así como los criterios diagnósticos del DSM IV-TR (2001); sin embargo, en una evaluación posterior ambos instrumentos fueron excluidos debido a la complejidad de su aplicación y a la dificultad que suponía en la recogida de datos, puesto que, en la mayoría de los casos estudiados, el diagnóstico de depresión según el DSM IV-TR, no constaba en las historias

clínicas, lo que suponía la necesidad de que la entrevistadora lo realizara. Este aspecto, excedía a las posibilidades del presente trabajo, aunque nuestra opinión es que podría ser conveniente analizar estos mismos datos en ancianos con trastorno depresivo mayor (DSM-IV-TR) o distimia (DSM-IV-TR).

Una limitación importante del estudio es haber descartado a aquellos participantes con enfermedad mental clínicamente manifiesta, pese a que en la población mayor de 65 años la prevalencia del deterioro cognitivo es del 7.7%, siendo dementes en el grupo mayor de 80 años un 20.0 a 25.0%. Los criterios de exclusión fueron lógicamente aplicados de manera muy escrupulosa, desestimando la inclusión de esta población en el trabajo. Por ello, pensamos que sería muy interesante conocer si los resultados obtenidos en este estudio, vinculados con la calidad de vida, son similarmente aplicables a la población con grados moderados o graves de deterioro mental, aparte de otros que pudieran ser identificados en ambas poblaciones.

Al haber querido abordar todo el colectivo de personas mayores que fueron atendidas en los diferentes niveles asistenciales estudiados, sin diferenciarlos atendiendo a factores como, por ejemplo, el diagnóstico clínico o el motivo del ingreso, hemos asumido un riesgo. Es posible que, como consecuencia de esta decisión, no estemos considerando ciertos aspectos sintomatológicos específicos de cada enfermedad, que puedan influir de modo importante en la calidad de vida. Otra de las características de nuestra muestra es la variabilidad en cuanto a los perfiles de los entrevistados y el tamaño reducido de la misma, en algunos de los recursos estudiados. Ambos son aspectos que pueden limitar la generalización de los resultados.

El hecho de que la mitad de los pacientes hubiese contactado con el sistema sanitario, claramente es una característica consecuencia de los posibles sesgos de este estudio. Un 77.0% de los incluidos estaban recibiendo atención especializada en el ámbito sanitario. Es posible que los resultados fueran

diferentes en el caso de haberse realizado el estudio en la comunidad, donde sólo el 11.5% de los mayores de 65 años contactan con los servicios de hospitalización en el periodo de un año.

## **5.6. ¿Qué líneas de investigación se pueden derivar de nuestro trabajo?**

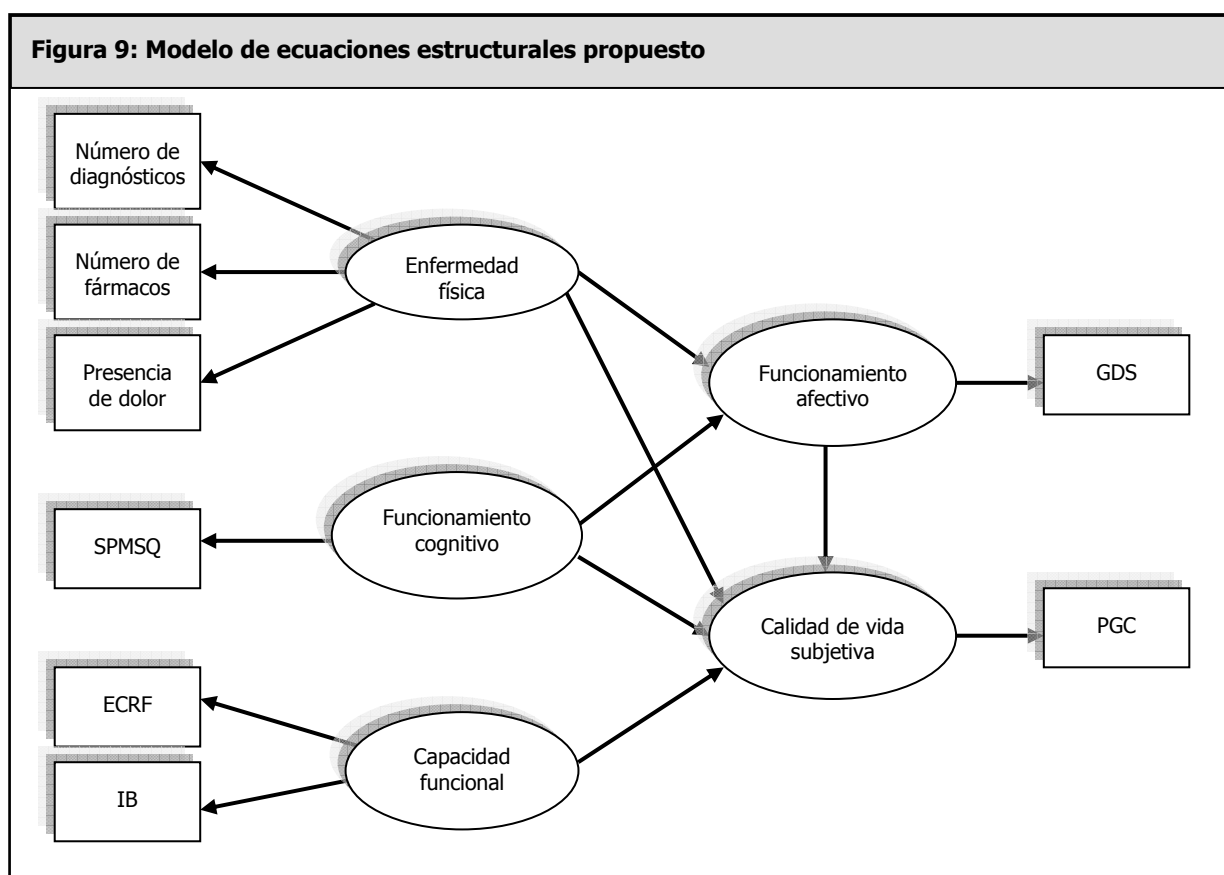
Aunque no era un objetivo de esta Tesis Doctoral, los resultados obtenidos nos permiten sugerir la propuesta de la realización de un modelo de ecuaciones estructurales (The LISREL Development Team, 2000; Jöreskog y Sörbom, 2000) con variables latentes, para estudiar la relación entre las distintos parámetros estudiados. Dicho modelo se podría fundamentar en los datos anteriormente expuestos y en la revisión teórica realizada en la primera parte del estudio.

El objetivo de este modelo sería analizar el complejo problema de la relación de causalidad para conocer la direccionalidad entre la pérdida funcional, el estado de ánimo y la calidad de vida percibida. Es decir, determinar si el factor predictor de pérdida de calidad de vida es la pérdida funcional o la situación afectiva, y determinar también la relación de direccionalidad entre estos dos factores, si es que la hay, o si ambas son variables independientes. En este caso, parece interesante comprobar si el estado de ánimo es una consecuencia de la pérdida funcional o si es el estado de ánimo el que influye en el deterioro físico y cognitivo.

Para ello, proponemos relacionar con la calidad de vida subjetiva aquellas variables que se han mostrado más relevantes en los análisis de regresión realizados al efecto, es decir, las que mejor explican el fenómeno. En



la figura 9 mostramos un modelo de ecuaciones estructurales que consideramos puede ser de interés para conocer cuáles son estas relaciones. Para que el modelo ofrezca resultados evaluables, algunas variables, como por ejemplo el dolor o el grado de discapacidad física y mental, deberían ser medidas con otro tipo de escalas diferentes a las utilizadas en este trabajo, que permitieran la implementación del modelo.



Además de la propuesta anterior, como líneas futuras de investigación y ampliación de los datos de este trabajo, parece conveniente realizar un estudio longitudinal con una muestra mayor que incluya ancianos enfermos y con discapacidad, deprimidos y no deprimidos y sujetos sanos (Chan et al., 2006), en el que se evalúe periódicamente a una cohorte para conocer su evolución en diversos parámetros. Algunos de los aspectos que se podrían estudiar son:

- ⇒ Variaciones en la situación funcional de los participantes a lo largo del tiempo y su influencia en la calidad de vida, incluyendo en el estudio ancianos procedentes de los distintos recursos asistenciales gerontológicos y ancianos que viven en la comunidad y no utilizan ningún recurso.
- ⇒ Comprobar si hay diferencias entre los pacientes atendidos en las unidades sanitarias y las sociales, y analizar las causas y la magnitud de las mismas, si es que existen.
- ⇒ Profundizar en el estudio de los aspectos psicosociales y la percepción de calidad de vida; en nuestro estudio estos factores han mostrado escasa influencia, a diferencia de otros trabajos. Comprobar si se confirma este resultado en un estudio longitudinal, parece de gran interés.

El horizonte que se abre a la investigación de la calidad de vida y, particularmente, la contribución que puede hacer nuestro estudio a la Psicología de la Salud, consiste en profundizar en el conocimiento de las relaciones entre los diversos grupos de factores subjetivos que conducen al bienestar de poblaciones, grupos e individuos, explicar los procesos que llevan a los ancianos a su satisfacción moral, bienestar y felicidad y conocer los mecanismos con los cuales afrontan, resisten e integran esos aspectos que, como la discapacidad física, el estado de ánimo deprimido, la polifarmacia o el dolor, están deteriorando su vida.

## 6. REFERENCIAS

- Aaronson, N.K., Acquadro, J., Alonso, J., Apolone, G. y Bucquet, D. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality Life Research, 1*, 349-351.
- Abraham, I.L., Wofford, A.B., Lichtenberg, P.A. y Holroyd, S. (1994). Factor structure of the geriatric depression scale in a cohort of depressed nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 9* (8), 611-617.
- Aguado, A.L. y Alcedo, M.A. (2003). Análisis comparativo de las necesidades percibidas por las personas de edad en función del tipo de discapacidad. *Análisis y Modificación de Conducta, 29* (126), 523-559.
- Alarcón, M.T., González, J.I., Bárcena, A., Sánchez del Corral, F., Muñoz, C. y Salgado, A. (1993). Características del paciente geriátrico al ingreso en la unidad de agudos de un servicio de geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 28* (5), 285-290.
- Allen, V. (2000). Mood disorders. En R.A. Hansen y B. Atchison, *Conditions in occupational therapy* (pp. 75-97). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S. et al. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 11* (2), 55-67.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica, 104*, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L. Rodríguez, C. y Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica, 111*, 410-416.

- Ames, D. (1991). Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 6*, 347-54.
- Andrews, F.M. y Whitney, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: American's perceptions of quality of life*. Nueva York: Plenum Press.
- Ardelt, M. (1997). Wisdom and life satisfaction in old age. *Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 52*, 15-27.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates in happiness. En D. Kahnemann y E. Diener (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Arnold, S.B. (1991). The measurement of quality life in the frail elderly. En J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe y D.E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 50-73). San Diego, CA: Academic Press.
- Ayuso-Mateos, J.L., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J.L., Oviedo, A. y Díez-Manrique, J.F. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99*, 26-32.
- Baldwin, R.C. (1997). Depressive illness. En R. Jacoby y C. Oppenheimer, *Psychiatry in the elderly, 2<sup>nd</sup> ed.* (pp 536-573). Londres: Oxford Press.
- Baltes, M.M. y Baltes, P.B. (1997). Normal versus pathological cognitive functioning in old-age: Plasticity and testing-the limits of cognitive/brain reserve capacity. En P.B. Baltes (Ed.), *Dementia et longevité [Dementia and longevity]* (pp. 77-101). Berlín: DTB.
- Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1989). Erfolgreiches altern: mehr Jahre und mehr Leben. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie, 2*, 5-10.
- Baltes, P.B. y Graf, P. (1996). Psychological aspects of aging: facts and frontiers. En D. Magnusson (Ed.), *The life span development of individuals: behavioural, neurobiological, and psychosocial perspectives* (pp. 427-450). Cambridge: Cambridge University Press.

- Baltes, P.B. y Mayer, K.U. (Eds.). (1999; reimpresión, 2001). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1978). The social learning in the reciprocal determinism. *American Psychologists*, 33, 344–358.
- Batista-Foguet, J.M. y Artés, M. (1994). Actitudes y calidad de vida. En M. Álvarez (Comp.), *Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros* (pp. 335-374). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. y Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28(1), 32-40.
- Beaton, D.E., Bombardier, C. y Hogg-Johnson, S. (1994). Choose your tool: a comparison of the psychometric properties of five generic health status instruments in workers with soft tissue injuries. *Quality Life Research*, 3, 50-56.
- Beck, A.T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beekman, A.T., Penninx, B.W., Deeg, D.J., Bram, A.W. y Tilburg, W. (1997). Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Affective Disorders*, 46, 219-231.
- Bergner, M. (1989). Quality of life, health status and clinical research. *Medical Care*, 27, 1485-1496.
- Berkman L.F. y Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. En L.F. Berkman e I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 137–173). Oxford: Oxford University Press.
- Birren, J.E. y Dieckmann, L. (1991). Concepts and content of quality of life in the later years: An overview. En J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe, y D.E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 344-360). San Diego, CA: Academic Press.

- Blanco, A. (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. En J.F. Morales, A. Blanco, J.M. Fernández-Dols y C. Huici, (Eds.), *Psicología social aplicada* (pp. 159-182). Bilbao: Desclée de Brower.
- Blazer, D.G. (1994). Epidemiology of late-life depression. En L. Scheider, C.F. Reynolds, B. Lewbowitz, A. Fiedhoff (Eds.), *Diagnosis and treatment of depression in late life* (pp. 9-19). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bobes, J. (1997). Depresión en el anciano. En J. Vallejo (Coord.), *Psicogeriatría. Biblioteca de psiquiatría en atención primaria* (pp. 44-45). Madrid: Aula Médica.
- Bondevik, M. y Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *West Journal of Nursing Research*, 20, 325–343.
- Bonin-Guillaume, S., Clément, J.P., Chassain, A.P., y Léger, J.M. (1995). Évaluation psychométrique de la dépression du sujet âgé : quels instruments ? Quelles perspectives d'avenir ? *L'encéphale*, 21, 25-34.
- Borg, C., Hallberg, I.R. y Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 607-618.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson (original 1991).
- Bradburne, N.M. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine.
- Bravo, G. (1998). Fisiopatología del envejecimiento: envejecimiento fisiológico y patológico. En P. Durante y P. Pedro, *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica* (pp. 51-58). Barcelona: Masson.
- Brazier, J.E., Harper, R. y Jones, N.B.M. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: a new outcome measure questionnaire: a new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305, 160-164.
- Breeze, E., Jones, D.A., Wilkinson, P., Bulpitt, C.J., Grundy, C., Latif, A.M. y Fletcher, A.E. (2005). Area deprivation, social class, and quality of life

- among people aged 75 years and over in Britain. *International Journal of Epidemiology*, 34 (2), 276-285.
- Breeze, E., Jones, D.A., Wilkinson, P., Latif, A.M., Bulpitt, C.J. y Fletcher, A.E. (2004). Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic position: baseline data from a randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (8), 667-73.
- Brimm, G. (2000). McArthur Foundation Study of successful midlife-development (Midus-Study). *ICPSR Bulletin*, 20, 1-5.
- Bruce, M.L., y Leaf, P.J. (1989). Psychiatric disorders and 15 month mortality in a community sample of older adults. *American Journal of Public Health*, 79, 727-30.
- Burke, W.J., Rodney, L.N., Roccaforte, W.H. y Wengel, S.P. (1992). A prospective evaluation of the Geriatric Depression Scale in an outpatient Geriatric Assessment Center. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 674-679.
- Burns, A., Lawlor, B. y Craig, S. (1999). *Assessment scales in old age psychiatry*. Londres: Martin Dunitz Ltd.
- Calcedo, A. (1996). *La depresión en el anciano: doce cuestiones fundamentales*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L. (1976). *The Quality of American Life*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Carbonell, A., Martínez, M.L., Marcos, M., Mesas, M. y Salgado, A. (1986). Unidad de media estancia: seguimiento intra y extrahospitalario de 272 pacientes ingresados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 21 (5), 309-315.
- Chan, S.W., Shoumei, J.I.A., Thompson, D.R., Yan, H.U., Chiu, H. F. K., Chien, W., y Lam, L. (2006). A cross-sectional study on the health related quality of life of depressed Chinese older people in Shanghai. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 883-889.

- Chong, M.Y., Tsang, H.Y. Chen, C.C., Tang, T.C., Chen, C.C., Yeh, T.L., Lee, Y.H. y Lo, H.Y. (2001). Community study of depression in old age in Taiwan. *British Journal of Psychiatry*, 178, 29–35.
- Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 177-137.
- Cipher, D.J., Clifford, P.A. y Roper, K.D. (2006). Behavioral manifestations of pain in the demented elderly. *Journal of American Medical Directors Association*, 7, 355–365.
- Cohen-Mansfield, J. y Marx, M.S. (1993). Pain and depresión in the nursing home: corroborating results. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 48, 96-97.
- Coleman, P.G., Philp, I. y Mullee, M.A. (1995). Does the use of the Geriatric Depression Scale make redundant the need for separate measures of well-being on Geriatric Wards? *Age and Ageing*, 24 (5), 416-420.
- Conde, V., Escribá, J.A. e Izquierdo, J. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de neurobiología*, 33, 185-206.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R. y Caine, E.D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52, 193-204.
- Copeland, J.R.M., Beekman, A.T.F., Dewey, M.E., Hooijer, C., Jordan, A. Et al. (1999). Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *British Journal of Psychiatry* 1999, 174, 312–321.
- Copeland, J.R.M., Davidson, I.A., Dewey, M.E., Gilmore, C., Larkin, B.A., McWilliam, C., Saunders, P.A. et al. (1992). Alzheimer's disease, other dementias, depression, and pseudodementia prevalence, incidence, and three-year outcome in Liverpool. *British Journal of Psychiatry*, 161, 230-239.
- Copeland, J.R.M., Gurland, B.J., Dewey, M.E., Kelleher, M.J., Smith, A.M. y Davidson, I.A. (1987). Is there more depression and neurosis in New York? A comparative community study of the elderly in New York and



- London using the computer diagnosis AGE-CAT. *British Journal of Psychiatry*, 151, 466-473.
- Damián, J., Valderrama-Gama, E., Rodríguez-Artalejo, F. y Martín-Moreno, J.M. (2004). Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 268-74.
- Demura, S. y Sato, S. (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 22, 159-166.
- Deyo, R.A y Carter, W.B. (1992). Strategies for improving and expanding the application of health status measures in clinical settings. A researcher-developer viewpoint. *Medical Care*, 30(5), 176-186.
- Diener, E. (2000). The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- DSM IV-TR (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Edición española*. Barcelona: Masson.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., y Avlund, K. (1999). Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, 48, 661-673.
- Efklides, A., Kalaitzidou, M. y Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *European Psychologist*, 8, 178-191.
- Eng, P.M., Rimm, E.B., Fitzmaurice, G. y Kawachi, I. (2002). Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *American Journal of Epidemiology*, 155, 700-709.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.

- Felton, B.J. (1987). Cohort variations in happiness: some hypothesis and exploratory analyses. *International Journal of Aging Human Development*, 25, 27-42.
- Fernández-Ballesteros, 1992. *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). The construct of quality of life among the elderly. En E. Beregi, I.A. Gergely y K. Rajczi (Eds.), *Recent Advances in Aging Science* (pp. 1627–1630). Milano: Moduzzi.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Calidad de vida, ¿es un concepto psicológico? *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 39 (3), 18-22.
- Fernández-Ballesteros, R. (2006). GeroPsychology: An Applied Field for the 21<sup>st</sup> Century. *European Psychologist*, 11, 312-323.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.L. y Díaz, P. (1992). La vejez en la sociedad actual. En R. Fernández-Ballesteros, M. Izal, I. Montorio, J.L. González. y P. Díaz, *Evaluación e intervención psicológica en la vejez* (pp. 21-29). Barcelona: Martínez-Roca.
- Fernández-Santos, M. (2002). Depresión en el anciano. *Medicina General*, 40, 28-31.
- Fichter, M.M., Meller, I., Schröppel, H. y Steinkirchner, R. (1995). Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity. *British Journal of Psychiatry*, 166, 621–629.
- Field, D. (1997). Looking back, what period of your life brought you the most satisfaction. *International Journal of Aging and Human Development*, 45 (3), 169-194.
- Fillembaum, G., Heyman, A., Williams, K., Prosnitz, B. y Burchett, B. (1990). Sensitivity and specificity of standardized screens of cognitive impairment and dementia among elderly black and white community residents. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43, 651-660.
- Flanaggan, J.A. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33, 138-147.

- Fletcher, A.E., Dickinson E.J. y Philp, I. (1992). Review: audit measures: quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age and Ageing*, 21 (2), 142-150.
- Ford, A.B., Haug, M.R., Stange, K.C., Gaines, A.D., Noelker, L.S. y Jones, P.K. (2000). Sustained personal autonomy a measure of successful aging. *Journal of Aging Health*, 12, 470-489.
- Forsell, Y., Jorm, A.F. y Winblad, B. (1998). The outcome of depression and dysthymia in a very elderly population: results from a three-year follow-up study. *Aging and Mental Health*, 2 (2), 100-104.
- Franco, M.A. (1995). *Prevalencia de estados depresivos en población anciana institucionalizada*. Barcelona: Espaxs.
- Franco, M.A., Monforte, J.A. y Díez, J. (1995). *Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias*. Comunicación. Primer Premio «Antonio de la Torre» en el V Congreso Castellano-Leonés de Geriatria y Gerontología, Septiembre, Benavente.
- Fröjdh, K., Håkansson, A. Karisson, I. y Molarius, A. (2003). Deceased, disabled or depressed: a population-based 6-year follow-up study of elderly people with depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 557-562.
- Gallo, J.J. y Lebowitz, B.D. (1999). The Epidemiology of Common Late-Life Mental Disorders in the Community: Themes for the New Century. *Psychiatric Services*, 50, 1158-1166.
- Gamboa, B., Morlanes, T., Galindo, J., Cucullo, J.M. y Calvo, M.T. (1992). Uso de escalas de actividades de la vida diaria en un hospital de día geriátrico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 27(2), 117-20.
- García de Blas, F., Miguel, I. y Bermejo, F. (1995). Diagnóstico y tratamiento de las demencias. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 4 (2), 49-53.
- García, J.A. (2000). Psicopatología del anciano. Datos epidemiológicos. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10 (2), 66-91.

- García, J.L. (1992). Características de las enfermedades en geriatría. Enfermedades más frecuentes. Complicaciones de las enfermedades en geriatría. Historia clínica en los ancianos. En A. Salgado y F. Guillén, *Manual de geriatría* (pp. 157-167). Barcelona: Masson.
- Gené, J., Moliner, C., Contel, J.C., Tintore, I., Villafafila, R. y Schorlemmer, C. (1997). Health and utilization of health services in the elderly, according to the level of living arrangements. *Gaceta Sanitaria*, 11 (5), 214-220.
- Gerritsen, D.L., Jongenelis, K., Steverink, N., Ooms, M.E. y Ribbe, M.W. (2005). Down and drowsy? Do apathetic nursing home residents experience low quality of life? *Aging and Mental Health*, 9 (2), 135-41.
- Gill, T.M. y Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of Quality-of-life Measurements. *Journal of American Medical Association*, 272 (8), 619-625.
- Gill, T.M. y Kurland, B. (2003). The burden and patterns of disability in activities of daily living among community-living older persons. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58, 70-75.
- Gonerman, I., Zunzunegui, M.V., Martínez, C. y Onís, M.C. (1999). Screening for impaired cognitive function among the elderly in Spain: reducing the number of items in the Short Portable Mental Status Questionnaire. *Psychiatry Research*, 89, 133-145.
- González, J.I. y Salgado, A. (1995). La evaluación de la calidad de vida: una nueva dimensión de la valoración geriátrica integral. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30 (1), 9-15.
- González, J.I., Jaramillo, E., Rodríguez, L., Guillén, F. y Salgado, A. (1990). Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliar a los 18 meses. *Revista Clínica Española*, 187 (4), 165-169.
- González, J.I., Rodríguez, C., Diestro, P., Casado, M.T, Vallejo, M.I. y Calvo, M.J. (1991). Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el Índice de Katz. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 26 (3), 197-202.

- González, J.I., Rodríguez, L. y Ruipérez, I. (1992). Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 27 (3), 129-133.
- González, M.A. (1988). Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: estudio piloto para la adaptación y baremación de la GDS y el BDI a la población geriátrica española. *Geriátrika*, 4 (5), 59-66.
- Grau, J. (1995). Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. *Tesis para la opción del título de Especialista de I Grado en Psicología de la Salud*. Facultad de Ciencias Médicas Calixto García. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas.
- Greendale, G.A., Salem, G.J., Young, J.T., Damesyn, M., Marion, M., Wang, M.Y. y Reuben, D.B. (2000). A randomized trial of weighted vest use in ambulatory older adults: strength, performance and quality of life outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 305-311.
- Gresham, G.E., Philips, T.F. y Labi, M.L.C. (1980). ADL status in stroke: Relative merits of three standard indexes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61, 355-358.
- Grimley, J. (1992). Quality of life assessment and elderly people. En A. Hopkins, *Measures of the quality of life and the uses to which such measures may be put*. London: Royal College of Physicians of London.
- Grimley, J. (1992). Quality of life assessment and elderly people. En A. Hopkins, *Measures of the quality of life and the uses to which such measures may be put* (pp. 107-120). London: Royal College of Physicians of London.
- Guillén, F. (1986). Unidades geriátricas de hospitalización. En A. Salgado, F. Guillén y J. Díaz de la Peña (Eds.), *Tratado de geriatría y asistencia geriátrica* (pp. 59-67). Barcelona: Salvat.
- Guillén, F. (1990). Cuestionarios de calidad de vida. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 25 (1), 46-49.

- Guilmette, T.J., Snow, M.G., Grace, J. y Giuliano, J. (1992). Emotional dysfunction in a geriatric population: staff observations and patients reports, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 587–593.
- Guralnik, J.M. y Kaplan, G.A. (1989). Predictors of healthy aging prospective evidence from the Alameda County study. *American Journal of Public Health*, 79, 703–708.
- Gurland, B.J., Wilder, D.E. y Berkman, C. (1988). Depression and disability in the elderly: reciprocal relations and changes with age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3, 163-179.
- Haes, J.C. y Van Knippenberg, F.C.E. (1987). Quality of life of cancer patients: review of the literature. En N.K. Aaronson y J. Beckman (Eds.), *The quality of life of cancer patients*. Nueva York: Raven Press.
- Haes, J.C. y Van Knippenberg, F.C.E. (1989). Quality of life instruments for cancer patients: Babel's tower revisited. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 1239-41.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Harper, R.G., Kotik-Harper, D. y Kirby, H. (1990). Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population: over or underassessment?. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 113-9.
- Harpole, L.H. y Williams Jr., J.W. (2004). Assessment and management of depression in older adults. *Primary Psychiatry*, 11, 31-36.
- Harris, T., Cook, D.G., Victor, C. y Rink, E. (2003). Predictors of depressive symptoms in older people—a survey of two general practice populations. *Age and Ageing*, 32 (5), 510–518.
- Harrison, R., Savla, N. y Kafetz, K. (1990). Dementia, depression and physical disability in a London borough: a survey of elderly people in and out of residential care and implications for future developments. *Age and Ageing*, 19 (2), 97-103.

- Haveman-Nies, A., De Groot, L.C. y Staveren, W.A. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe the SENECA study, *Age and Ageing*, 32 (4), 365-366.
- Hayes, V., Morris, J., Wolf, G. y Morgan, M. (1995). The SF-36 health survey questionnaire: is it suitable for use with older adults?. *Age and Ageing*, 24 (2), 120-124.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Heeren, T.H., Van Hemert, A.M., Lagaay, A.M. y Rooymans, G.M. (1992). The general population prevalence of non-organic psychiatric disorders in subjects aged 85 years and over. *Psychological Medicine*, 22, 733-738.
- Heideken, W.P., Gustavsson, J.M., Lundin-Olsson, L., Kallin, K., Nygren, B., Lundman, B., Norberg, A. y Gustafson, Y. (2006). Health status in the oldest old. Age and sex differences in the Umea 85+ Study. *Ageing Clinical and Experimental Research*, 18 (2), 116-126.
- Heideken, W.P., Ronnmark, B., Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Gustavsson, J.M., Nygren, B., Lundman, B., Norberg, A. y Gustafson, Y. (2005). Morale in the oldest old: the Umea 85+ study. *Age and Ageing*, 34 (3), 249-255.
- Henriksson, M.M., Marttunen, M.J., Isometsa, E.T. y Heikkinen, M.E. (1995). Mental disorders in elderly suicide. *International Psychogeriatrics*, 7, 275-286.
- Hervás, A., Arizcuren, M.A., García de Jalón, E., Tiberio, G. y Forcén, T. (2003). Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del estado cognitivo y de ánimo en los pacientes geriátricos de un centro de salud. *Anales del sistema Sanitario de Navarra*, 26 (2), 211-223.
- Herzog, A.R., Rodgers, W.L. y Woodworth, J. (1982). *Subjective well-being among different age groups*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, University of Michigan.
- Ho, H.K., Matsubayashi, K., Wada, T., Kimura, M., Yano, S., Otsuka, K., Fujisawa, M., Kita, T. y Saijoh, K. (2003). What determines the life

- satisfaction of the elderly? Comparative study of residential care home and community in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*, 3, 79–85.
- Ho, S.C., Woo, J., Lau, J., Chan, S.G., Yuen, Y.K., Chan, Y.K. y Chi, I. (1995). Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43 (3),252-255.
- Hörnquist, J.O. (1989). Quality of life: concepts and assessment. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 18, 68-79.
- Huppert, F.A. y Whittington, J.E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology*, 8 (1), 107-122
- Hwang, H.L. y Lin, H.S. (2003). Perceived enactment of autonomy and related factors among elders. *The Journal of Nursing Research*, 11 (4), 277-286.
- Inaba, K., Goecke. M., Sharkey, P. y Brenneman F. (2003). Long-term outcomes after injury in the elderly. *Journal of Trauma*, 54 (3), 486-491.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), (2005a). *Informe 2004. Las personas mayores en España. Tomo I*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), (2005b). *Libro blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), (1999). *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), (2005a). *Avance del Padrón. Datos provisionales (a 1 de enero)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), (2005b). *Encuesta nacional de salud 2003*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Izal, M. Márquez, M. Losada, A. Montorio, I. y Nuevo, R. (2003). Una revisión sobre las intervenciones cognitivo-conductuales en problemas de



- depresión en la edad avanzada. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 38 (1), 34-45.
- Jenkins, C.D., Jono, R.T. y Stanton, B. (1990). The measurement of health related quality of life. Major dimensions identified by factor analysis. *Social Science and Medicine*, 31, 925-931.
- Jongeneelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M.H., Beekman, A.T.F., Kluiters, H. y Ribbe, M.W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders* 83, 135-142.
- Jönsson, A.C., Lindgren, I., Hallström, B., Norrving, B. y Lindgren, a. (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 36, 803-808.
- Jöreskog, K.G., y Sörbom, D. (2000). *LISREL 8.5: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Joshi, K., Kumar, R. y Avasthi, A. (2003). Morbidity profile and its relationship with disability and psychological distress among elderly people in Northern India. *International Journal of Epidemiology*, 32 (6), 988-989.
- Kahn, R.L., Goldfarb, A.I., Pollack, M. y Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117, 326-328.
- 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*, 11 (4), 478-507.
- Kaplan, R.M., Ganiats, T.G., Sieber, W.J., and Anderson, J.P. (1998). The Quality of Well-Being Scale: critical similarities and differences with SF-36. *International Journal of Quality Health Care*, 10 (6), 509-20.
- Katona, C.L.E. (1995). *Depression in Old Age*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Katz, I.R. (1998). Depresión as a pivotal component in secondary aging. En J. Lomranz (Ed.), *Aging and mental health: an integrative approach* (pp. 463-482). Nueva York: Plenum Press.

- Katz, I.R. y Alexopoulos, G. (1996). Consensus update conference: diagnosis and treatment of depression in late life. *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 101-108.
- Katz, S. y Stroud, M.W. (1989). Functional assessment in geriatrics. A review of progress and directions. *Journal of American Geriatric Society*, 37, 267-271.
- Kay, D.W., Beamish, P. y Roth, M. (1964). Old age mental disorders in Newcastle-Upon-Tyne, Part I: a study of prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 110, 146-58.
- Kay, D.W.K., Henderson, A.S., Scott, R., Wilson, J., Rickwood, D. y Grayson, D.A. (1985). Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychological Medicine*, 15, 771-788.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Garner, W., Speicher, C., Penn, G.M., Holiday, J. y Glaser, R. (1984). Psychosocial modifiers of inmunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine*, 46 (1), 7-14.
- Kisely, S.R. y Shannon, P. (1999). Demoralisation, distress and pain in older Western Australians. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23 (5), 531-533.
- Knapp, M.R.J. (1976). Predicting the dimensions of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 31, 595-604.
- Koenig, H.G., Blumenthal, J. y Moore, K. (1995). New version of brief depression scale (letter). *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 1447.
- Kohlman, T. (2000). Gesundheitsbezogene lebensqualität. En T. Nikolaus (Ed.), *Klinische geriatric* (pp. 93-99). Berlin: Springer.
- Kozma, A. y Stones, M.J. (1988). Social desirability in measures of subjective well-being—age comparisons. *Social Indicators Research*, 20, 1–14.
- Kozma, A., & Stones, M. J. (1988). Social desirability in measures of subjective well-being—age comparisons. *Social Indicators Research*, 20, 1–14.

- Krause, N. (1995). Stress, alcohol use and depressive symptoms in later life. *Gerontologist, 35*, 296-307.
- Krishnan, K.R.R y McDonald, W.M. (1993). Arteriosclerotic depresión. *Medical Hypotheses, 44*, 111-115.
- Kroenke, K., Jackson, J.L. y Chamberlin, J. (1997). Depressive and anxiety disorders in patients presentig with psysical complaints: clinical predictors and outcome. *American Journal of Medecine, 103* (5), 339-347.
- Kua, E.H., Ko, S.M., Fones, C. y Tan, S.L. (1996). Comorbidity of depression in the elderly – an epidemiological study in a Chinese community. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 699–704.
- Lamb, V.L. (1996). A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. *Social Science and Medicine 42*, 363–377.
- Lara-Muñoz, M.C., Ponce de León, S. y Fuente, J.R. (1995). Conceptuación y medición de calidad de vida de pacientes con cáncer. *Investigación Clínica, 47*(4), 315-27.
- Lawton, M.P. (1972). Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.), *Research planning and action for the elderly*. Nueva York: Behavioural Publications.
- Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology, 30*, 85-89.
- Lawton, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in the frail elders. En J.E. Birre, J.C. Lubben, J.C. Rowe y D.E. Deutchmann (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Nueva York: Academic Press.
- Lawton, M.P. y Storandt, M. (1984). Clinical and functional approaches to the assessment of older people. En P. MacReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 6, pp. 109-150). San Francisco: Jossey Bass.

- Lázaro, M. (2000). Indicadores sanitarios. En F. Guillen y J.M. Ribera (Coords.), *Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España* (pp. 85-125). Madrid: Editores Médicos.
- Lehr, U. (2004). Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39(3), 2-7.
- Lehr, U., Schmitz-Scherzer, R. y Quadt, E. (1979). Weiterbildung im Höheren Erwachsenenalter. Stuttgart: Kholhammer.
- Lenze, E.J., Rogers, J.C., Martire, L.M., Mulsant, B.H., Rollman, B.L., Dew, M.A. Schulz, R. y Reynolds III, C.F. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 113–135.
- Leveille, S.G., Guralnik, J.M., Ferrucci, L. y Langlois, J.A. (1999). Aging successfully until death in old age opportunities for increasing active life expectancy, *American Journal of Epidemiology*, 149, 654–664.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. Méjico DF: El Manual Moderno.
- Lher, U. (1991). Aging: A challenge for psychology and psychologists. *Invited lecture at the 1<sup>st</sup> European Congress of Psychology*. Amsterdam.
- Livingston, G., Hawkins, A., Graham, N., Blizard, B. y Mann, A. (1990). The Gospel Oak Study. prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in Inner London. *Psychological Medicine*, 20, 137–146.
- Livingston, G., Watkin, V., Manela, M., Rosser, R. y Katona, C. (1998). Quality of life in older people. *Aging and Mental Health* 2(1), 20–23.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Dia, J.L. y Camara, C. (1995). The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a Southern European population. The Zaragoza study. *Archives of General Psychiatry*, 52, 497–506.

- Loewen, S.C. y Anderson, B.A. (1988). Reliability of the Modified Motor Assessment scale and the Barthel Index. *Physical Therapy, 68*, 1077-1081.
- Löfgren, B., Gustafson, Y. y Nyberg, L. (1999). Psychological well-being three years after severe stroke. *Stroke, 30*, 567-572.
- López, E. Banegas, J.R., Graciani, A., Herruzo, R. y Rodríguez-Artalejo F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality Life Research, 14*, 511-520.
- López, J.A. (2001). La depresión en el paciente anciano. *Revista Electrónica de Geriatría, 3* (2), 1-17. Extraído el 27 de junio de 2006 de <http://www.geriatrianet.com/index5.html>.
- Lyness, J.M., Cox, C., Curry, J., Conwell, Y., King, D.A. y Caine, E.D. (1995). Older age and underreporting of depressive symptoms. *Journal of the American Geriatrics Society, 43*, 216-21.
- Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S. y Merskey, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain, 56*, 289-297.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 61-65.
- Martínez, J., Dueñas, R., Onis, M.C., Aguado, C., Albert, C. y Luque, M. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica, 117*, 129-134.
- Meador, K.G. y Blazer, D.G. (1998). The variability of depresión in old age. Narrative as an integrative construct. En J. Lomranz (Ed.), *Aging and mental health: an integrative approach* (pp. 483-495). Nueva York: Plenum Press.
- Mehlsen, M., Kirkegaard-Thomsen, D., Viidik, A., Olesen, F. y Zachariae, R. (2005). Cognitive processes involved in the evaluation of life satisfaction: Implications for well-being. *Aging and Mental Health, 9*(3), 281-290.

- Mehlsen, M., Platz, M., y Fromholt, P. (2003). Life satisfaction across the life course: Evaluations of the most and the least satisfying decades of life. *International Journal of Aging and Human Development*, 57 (3), 217-236.
- Meléndez, M., Montero, R., Jiménez, C. y Blanco L. (2001). Self-perception of health of the non-institutionalised elderly. *Atención Primaria*, 28 (2), 91-96.
- Monforte, J.A., Fernández, C., Díez, J., Toranzo, I., Alonso, M.M. y Franco, M.A. (1998). Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33 (1), 13-20.
- Montorio, I. (1990). Evaluación psicológica en la vejez: instrumentación desde un enfoque multidimensional (tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid.
- Montorio, I. (1994). La persona mayor. *Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Montorio, I. e Izal, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 27 (3), 145-154.
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.
- Morgan, D. L. (1988). Age-differences in social network participation. *Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 43, 129-137.
- Moriñigo, A. (1997). Depresión en el anciano: claves diagnósticas y terapéuticas. En *Curso de atención geriátrica para médicos de atención primaria y médicos residentes*. Málaga: Hospital Virgen de la Victoria.
- Morris, J.N. y Sherwoo, S. (1975). A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Centre Moral Scale. *Journal of Gerontology*, 30, 77-84.

- Mroczek, D.K. y Kolarz, C.M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
- Murphy, C.F. y Alexopoulos, G.S. (2004). Cognition and late-life depression. *Primary Psychiatry*, 60 (7), 664-672.
- Murray, C.J. y López, A.D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet*, 349 (9064), 1498-1504.
- Naumann, V.J. y Byrne, G.A. (2004). WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *International Psychogeriatrics*, 16, 159-173.
- Nelson, A., Fogel, B. y Faust, D. (1986). Bedside cognitive screening instruments a critical assessment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 73-83.
- Nerenz, D.R., Repasky, D.P., Whitehouse, F.W. y Kahkonen, D.M. (1992). Ongoing assessment of health status in patients with diabetes mellitus. *Medical Care*, 30 (5), 112-124.
- Netuveli, G., Wiggins, R.D., Hildon, Z., Montgomery, S.M. y Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 357-363.
- Newman, A.B., Arnold, A.M y Naydeck, B.L., Fried, L.P., Burke, G.L., Enright, P. et al.; Cardiovascular Health Study Research Group. (2003). "Successful aging" effect of subclinical cardiovascular disease, *Archives of Internal Medicine*, 163, 2315-2322.
- Newsom, J.T. y Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11 (1), 34-44.
- Norris, F.H. y Murrel, S.A. (1984). Protective function of resources related to life event, global and depression in older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 424-437.

- Ojen, R., Hooijer, C., Bezemer, D., Jonker, C., Lindeboom, J. y Tilburg, W. (1995). Late-life depressive disorder in the community: I. the relationship between MMSE score and depression in subjects with and without psychiatric history. *British Journal of Psychiatry* 166, 311-315.
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science and Medicine*, 63 (9), 2367-2380.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1958). *Constitution of the World Health Organization. Annex 1*. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1980). *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías*. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001a). *The world health report, 2001-mental health: new understanding, new hope*. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001b). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Ginebra: World Health Organization.
- Oxman, T.E., Berkman, L.F., Kasl, S., Freeman, D.H. y Barren, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 135, 356-368.
- Parmelee, P.A., Katz, I.R. y Lawton, M.P. (1991). The relation of pain to depression among institutionalized aged. *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 46, 15-21.
- Parmelee, P.A., Lawton, M.P. y Katz, I.R. (1989). Psychometric properties of the geriatric depression scale among the institutionalized aged. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 331-338.
- Patrick, D.L. y Ericsson, P. (1993). *Health status and health policy allocating resources in health care*. Nueva York: Oxford University Press.



- Patrick, J.H., Johnson, J.C., Goins, R.T. y Brown, D.K. (2004). The effects of depressed affect on functional disability among rural older adults. *Quality of Life Research, 13*, 959–967.
- Peel, N.M., Bartlett, H.P. y McClure, R.J. (2004). Healthy ageing how is it defined and measured? *Australian Journal on Ageing, 23*, 115–119.
- Peel, N.M., McClure, R.J. y Bartlett, H.P. (2005). Behavioral Determinants of Healthy Aging. *American Journal of Preventive Medicine, 28*, 298-304.
- Pfeiffer, E. (1975). A short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society, 23*, 433-441.
- Phillips, C.J. y Henderson, A.S. (1991). The prevalence of depression among Australian nursing home residents: result using draft ICD-9 and DSM-III criteria. *Psychological Medicine, 21*, 335-52.
- Pinquart, M., Duberstein, P.R. y Lyness, J.M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 163* (9), 1493-1501.
- Polonio, B. (2003). *Influencia de la discapacidad y el estado de ánimo en la calidad de vida del anciano*. Trabajo de DEA no publicado, Departamento de Psicología, Universidad de Castilla-La Mancha.
- Prieto, L., Alonso, J., Ferrer, M. y Antó, J.M. (1997). Health status of COPD patients: are results of the SF36 Health Survey and the Nottingham Health Profile comparable? *Journal of Clinical Epidemiology, 50*, 463-73.
- Qualls, S.H. (1999). Mental health and mental disorders in older adults. En J.C. Cavanaugh y S.K. Whitbourne (Eds.), *Gerontology: an interdisciplinary perspective* (pp. 305-328). Nueva York: Oxford University Press.
- Radloff, L.S. (1979). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1* (13), 385-401.
- Ramos J.A. y Cordero, A. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatric Research, 22* (1), 21-8.

- Ramos, J.A., Montejo, I., Lafuente, R., Ponce de León, C y Moreno, A. (1991). Valoración de la escala criba geriátrica para la depresión. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 19, 174-177.
- Reed, D.M., Foley, D.J., White, L.R., Heimovitz, H., Burchfiel C.M. y Masaki, K. (1998). Predictors of healthy aging in men with high life expectancies. *American Journal of Public Health*, 88, 1463-1468.
- Regalado, P., Valero, C., González J.I., Sánchez del Corral F. y Salgado A. (1995). Escalas de Incapacidad de Cruz Roja: estudio de la validez concurrente con otros instrumentos de valoración. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30 (1), 21.
- Reichman, W.E. y Coyne, A.C. (1995). Depressive symptoms in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 8, 96-99.
- Reid, M.C., Guo, Z., Towle, V.R., Kerns, R.D. y Concato, J. (2002). Pain-related disability among older male veterans receiving primary care. *The Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57, 727-732.
- Rejeski, W.J., Miller, M.E., Foy, C., Messier, S. y Rapp, S. (2001). Self-efficacy and the progression of functional limitations and self-reported disability in older adults with knee pain. *Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, 261-265.
- Rojano P, Calcedo A, Losantos R y Calcedo, A. (1992) Trastornos depresivos en una residencia geriátrica. *Anales de Psiquiatría*, 8 (5), 176-181.
- Rojas, M.J., Toronjo, A., Rodríguez, C. y Rodríguez, J.B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17, 1, 12-29.
- Rovner, B., German, P., Broadhead, J., Morriss, R.K., Brant, L.J., Blaustein, J. y Folstein, M.F. (1990). The prevalence and management of dementia and other psychiatric disorders in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 2 (1), 13-24.

- Roy, C.W., Togneri, J., Hay, E. y Pentland, B. (1988). An inter-rater reliability study of the Barthel Index. *International Journal of Rehabilitation Research, 11*, 67-70.
- Rudman, D., McCormack, J., Cuisinier M. y Mattson, D.E. (1993). A simple method to quantify the changes in activities of daily living of long-stay nursing home populations, *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 72*, 276–280.
- Rudy, T.E., Kerns, R.D., Turk, D.C. (1988). Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain, 35*, 129–140.
- Ruuskanen, J.M. y Ruoppila, I. (1995). Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age and Ageing, 24* (4), 292–296.
- Salamero M. y Marcos T. (1992). Factor study of the Geriatric Depression Scale *Acta Psychiatrica Scandinavica, 86* (4), 283-6.
- Salamero, M., Boget, T. y Garolera, M. (1999). Test psicológicos, neuropsicológicos y escalas de valoración. En P.A. Soler y J. Gascón (eds.), *RTM-II: Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Sánchez del Corral, F., González, J.I., Regalado, P., Valero, C., Bárcena, A. y Salgado, A. (1995). Quality of life assessment; is it influenced by depression?. *Paper communication. Amsterdam: III European Congress of Gerontology*.
- Sánchez, M.I. (1994). Psicología del envejecimiento. En F. Guillén y J. Pérez del Molino, *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (pp. 27-30). Barcelona: Masson.
- Sancho, M. (2002). *Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Abril 2002*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Sancho, M. (2005). *Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo I*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Sancho, M.T. y Vega, J.L. (2004). Calidad de vida y satisfacción en la vejez. Una perspectiva psicológica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39(3), 1.
- Sanz, J. (1991). Valor y cuantificación de la calidad de vida en medicina. *Medicina Clínica*, 96, 66-69.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2003). Visión general y concepto de calidad de vida. En R.L. Schalock y M.A. Verdugo, *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales* (pp. 19-21). Madrid: Alianza Editorial.
- Schaub, R.T., Linden, M. y Copeland, J.R.M. (2003). A comparison of GMS-A/AGECAT, DSM-III-R for dementia and depression, including subthreshold depression (SD)—Results from the Berlin Aging Study (BASE). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 109–117.
- Schneider, L.S., Reynolds, C.F. y Lebowitz, B.D. (1994). *Diagnosis and treatment of depression in late life: results of the NIH consensus development conference*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schölmerich, P. y Thews, G. (Eds.). (1990). "Lebensqualität" als Bewertungskriterium in der medizin. Nueva York: Fisher.
- Schroots, J.J.F., Fernández-Ballesteros, R., y Rudinger, G. (1999). From EuGeron to EXCELSA. En J.J.F. Schroots, R. Fernández-Ballesteros y R. Rudinger (Eds.), *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.
- Schulz, R. y Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702–714.
- Scudds, R.J. y Robertson, J.M. (2000). Pain factors associated with physical disability in a sample of community-dwelling senior citizens. *Journal of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55, 393–399.
- Seculi, E., Fuste, J., Brugulat, P., Junca, S., Rue, M. y Guillén, M (2001). Health self-perception in men and women among the elderly. *Gaceta Sanitaria*, 15(3), 217-223.

- Seeman, T.E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6, 442–451.
- Seeman, T.E., Bruce, M.L. y McAvay, G.J. (1996). Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 51, 191–200.
- Sellers, M.A., Pérez, L. y Cacabelos, R. (1997). Evaluación neuropsicológica de la demencia senil en atención primaria. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 4, 150-173.
- Ser, T., Morales, J.M. y Bermejo, F. (1993). Evaluación del deterioro mental y la demencia. En F. Bermejo y T. Ser (Eds.), *Demencias. Conceptos actuales*. Madrid: Díaz de Santos.
- Serra, J.A., Rexach, C., Cruz, A.J., Gil, P. y Ribera, J.M. (1992). Asistencia geriátrica domiciliaria: veinte meses de experiencia. *Revista Clínica Española*, 191 (8), 405-411.
- Serrano P. (2001). *Depresión. Guía de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Sheik, J.A. y Yesavage, J.A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): recent findings and development of a shorter version. En T.L. Brink (ed.), *Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). Nueva York: Howarth Press.
- Sheikh, J.I., Yesavage, J.A., Brooks III, J.O., Friedman, L.F., Gratzinger, P., Hill, R.D., Zadeik, A. y Crook, T. (1991). Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *International Psychogeriatrics* 3, 23-28.
- Shepherd, S.M. y Prescott, R.J. (1996). Use of standardized assessment scales in elderly hip fracture patients. *Journal of Royal College of Physicians of London*, 30, 335–343.
- Shin, D.C. y Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.

- Shmueli, Y., Baumgarten, M., Rovner, B. y Berlin, J. (2001). Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *International Psychogeriatrics*, *13*, 63–73.
- Skoog, I. (1993). The prevalence of psychotic, depressive, and anxiety syndromes in demented and non-demented 85-year-olds. *International Journal of Geriatric Psychiatry* *8*, 247-253.
- Slevin, M.L., Plant, H. y Lynch, D. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, *57*, 109-112.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., y Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, *58*, 715–732.
- Snowdon, J. (2001). Is depression more prevalent in old age? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*, 782–787.
- Snowdon, J. y Donnelly, S. (1986). A study of depression in nursing homes. *Journal of Psychiatric Research*, *20*, 327-33.
- Snowdon, J. y Makintosh, S. (1989). Depression and dementia in three Sydney hostels. *Australian Journal on Ageing*, *8*(4), 24-8.
- Soler, P. y Gascón, J. (1994). *Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson-Salvat, 1994.
- Somogyi-Zalud, E., Zhong, Z., Lynn J. y Hamel, M.B. (2000). Elderly persons last six months of life: findings from the hospitalized elderly longitudinal project, *Journal of American Geriatrics Society*, *48*, 131–139.
- Spagnoli, A., Foresti, G., Macdonald, A. y Williams, P. (1986). Dementia and depression in Italian geriatric institutions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *1*, 15-23.
- SPSS Inc., (2005). *Statistical Package for the Social Sciences: PC Edition (SPSS Versión 14.0)*. Chicago: SPSS Inc.
- Stock, W.A., Okun, M.A. y Gómez J. (1994). Subjective well-being measures: reliability and validity among Spanish elders. *International Journal of Aging Human Development*, *38* (3), 221-35.

- Strasser, D.C. (1992). Geriatric rehabilitation: perspectives from the United Kingdom. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 582–586.
- Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J. y Kaplan, G.A. (1996). Successful aging predictors and associated activities, *American Journal of Epidemiology*, 144, 135–141.
- Subasi, F. y Hayran O. (2005). Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 41 (1), 23-29.
- Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M. y Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36 (12), 613-20.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420), 21–27.
- The LISREL Development Team, (2000). *Lisrel 8.5*. Chicago: Scientific Software International.
- The Royal College of Physicians of London and the British Geriatrics Society (1992). *Standardised assessment scales for elderly people*. Londres: Royal College of Physicians of London.
- The Royal College of Physicians of London and the British Geriatrics Society (1992). *Standardised assessment scales for elderly people*. Londres: Royal College of Physicians of London.
- Thomae, H. (1970). Theory of aging and cognitive theory of personality. *Human Development*, 13, 1-16.
- Torrance, G.H. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Disability*, 40 (6), 593-600.
- Torres, M. y Chaparro, A.I. (1994). Fisiología del envejecimiento. En F. Guillén y J. Pérez del Molino, *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (pp. 17-26). Barcelona: Masson.

- Triadó, C. y Villar, F. (2006). La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y modelos. En C. Triadó y F. Villar (Coords.), *Psicología de la vejez* (pp. 23-62). Madrid: Alianza Editorial.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. y Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychology Bulletin*, 119, 488–531.
- Unutzer, J. y Bruce, M.L. (2003). The elderly. *Mental Health Services Research*, 4(4), 245-247.
- Vaillant, G.E. y Mukamal, K. (2001). Successful aging, *American Journal of Psychiatry*, 158, 839–847.
- Wade, D.T. y Hewer, R.L. (1987). Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 50, 177-182.
- Walter, A. (2004). Calidad de vida de las persona mayores. Análisis comparativo europeo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39(3), 8-17.
- Wang, C.W., Iwaya, T., Kumano, H, Suzukamo, Y., Tobimatsu, Y. y Fukudo, S. (2002). Relationship of Health Status and Social Support to the Life Satisfaction of Older Adults. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 198(3), 141-149.
- Ware, J.E. (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53, 2316-2323.
- Ware, J.E. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronic Disease*, 40, 473-480.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992) The MOS 36-Item Short-form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Ware, J.E., Gandek, B. y The IQOLA Project Group (1994). The SF-36 Health Survey: development and use in mental health, research and the IQOLA project. *International Journal of Mental Health*, 23, 49-73.



- Ware, J.E., Kosinski, M., Bayliss, M.S., McHorney, C.A., Rogers, W.H. y Raczek, A. (1995). Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33(4), 264-279.
- Wensing, M., Vingerhoets, E. y Grol, R. (2001). Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Quality Life Research*, 10(2), 141-148.
- Williamson, G.M. y Schultz, R. (1992). Pain, activity, restriction and symptoms of depression among community-residing elderly adults. *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 47, 367-372.
- Winefield, H.R. (1995). Quality of life in chronic diseases. En Universidad de Alicante, *Proceedings of the 8<sup>th</sup> Annual Conference of the European Health Psychology Society I* (pp. 286-303). Alicante: Universidad de Alicante.
- Witt, D.D., Lowe, G.D., Peek, C.W. y Curry, E.W. (1980). The changing association between age and happiness: emerging trend or methodological artifact? *Social Forces*, 58(4), 1302-1307.
- Woo, J. Ho, S.C. y Wong, E.M.C. (2005). Depression is the predominant factor contributing to morale as measured by the Philadelphia Geriatric Morale Scale in elderly Chinese aged 70 years and over. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1052-1059.
- Woo, J. Ho, S.C., Yu, A.L. y Lau, J. (2000). An estimate of long-term care needs and identification of risk factors for institutionalization among Hong Kong Chinese aged 70 years and over. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55, 64-69.
- Wrosch, C., Schulz, R. y Heckhausen, J. (2002). Health stresses and depressive symptomatology in the elderly: The importance of health engagement control strategies. *Health Psychology*, 21, 340-348.

- Wrosch, C., Schulz, R., y Heckhausen, J. (2004). Health Stresses and Depressive Symptomatology in the Elderly: A Control-Process Approach. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 17-20.
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- Yanguas, J., Sancho, M.T. y Leturia, F.J. (1998). Aspectos psicológicos del envejecimiento. En P. Durante y P. Pedro, *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica* (pp. 59-68). Barcelona: Masson.
- Yanguas, J.J. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (3), 54-66.
- Yanguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, V.O. (1982, 1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Zung, W.W. (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zunzunegui, M.V., Beland, F. y Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1090-1099.
- Zúñiga, M.A., Genny, T., Carrillo, M.D., Fos, P.J., Gandek, B. y Medina-Moreno, M.R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41 (2), 110-118.

# APÉNDICES

APÉNDICE A

CUESTIONARIO UTILIZADO PARA  
LA RECOGIDA DE DATOS Y HOJA DE  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

## Factores predictores de la calidad de vida en el anciano que utiliza recursos asistenciales especializados

Versión abr-2003

### **IMPRESO DE RECOGIDA DE DATOS** (escribir en mayúsculas)

Encuestador:

1. CÓDIGO DISPOSITIVO 1= UME 2 = HD 3= CEG 4= RG 5= CD 9= Datos insuficientes
2. CÓDIGO DEL PACIENTE (iniciales nombre y apellidos y número correlativo)
3. FECHA DE LA ENTREVISTA
4. FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD

### **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

5.	APELLIDO 1º	<input type="text"/>
6.	APELLIDO 2º	<input type="text"/>
7.	NOMBRE	<input type="text"/>
8.	DIRECCIÓN	<input type="text"/>
9.	POBLACIÓN	<input type="text"/>
10.	TELÉFONOS	<input type="text"/>

11. SEXO   
1= Hombre 2= Mujer
12. EDAD (años cumplidos) 00= datos insuficientes
13. FECHA DE NACIMIENTO 99/99/99= datos insuficientes
14. NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
15. PROCEDENCIA   
1= urgencias 2= UGA u otra unidad de agudos 3= UME u otra área rehabilitadora 4= CEG o de otra especialidad 5= centro de salud 6= domicilio 7= residencia 8= otros (especificar) 9= datos insuficientes  
*Especificar:*
16. REINGRESO (en los 3 meses previos, en el mismo nivel asistencial en el que se realiza el cuestionario)   
1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
17. ESTANCIA PREVIA EN OTRO HOSPITAL O NIVEL ASISTENCIAL (en los últimos 3 meses)   
1= SI 2= NO 9= datos insuficientes  
*Si la respuesta es SI, contestar las preguntas 18 y 19*
18. FECHA EN QUE INGRESÓ 99/99/99= datos insuficientes No procede= 88/88/88
19. Nº DE DÍAS DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL (en los 3 meses previos)   
999= datos insuficientes No procede= 888

**CUESTIONARIO PREVIO****CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- 1) EDAD (ver pregunta 12): es mayor de 65 años y cumple 2 criterios más de paciente geriátrico
- 2) PRESENTA PLURIPATOLOGÍA   
(3 o más procesos clínicos, síndromes, problemas activos, discapacidades, etc.)  
1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
- 3) SU ENFERMEDAD PRINCIPAL tiene tendencia a INVALIDEZ FÍSICA   
(causa neurológica: ACVA, EP, proceso degenerativo, EA u otro tipo de demencia, HPN. Causa cardiorespiratoria: ICC, CI, OCFA, restricción respiratoria, valvulopatía o arritmia. Causa osteomuscular: artrosis invalidante, AR o similar, conectivopatía, osteopenia marcada, en alto riesgo o con complicaciones, fractura en MMII, aplastamientos vertebrales, sarcopenia por desuso, contusión con repercusión, caídas de repetición, trastorno de marcha y equilibrio. Déficit multisensorial. Causa mental: depresión. FtoT: pérdida de la función. Causa metabólica: DM complicada, arteriopatía periférica, amputación, etc.)  
1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
- 4) PUEDE HABER PATOLOGÍA MENTAL ACOMPAÑANTE   
(demencia leve, DCAE, distimia, ansiedad-depresión, depresión mayor, bipolar, residual, delirium de repetición, etc.) 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
- 5) MANEJO DE LA ENFERMEDAD CONDICIONADO POR PROBLEMAS SOCIALES   
(por ejemplo, vivir solo, sobrecarga familiar, ausencia de cuidador, malas condiciones del domicilio, etc.)  
1= SI 2= NO 9= datos insuficientes

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- 1) MENOR DE 65 AÑOS
- 2) NO CUMPLE CRITERIOS DE PACIENTE GERIÁTRICO (3 o más de los anteriores)   
2= NO 9= datos insuficientes
- 3) PRESENCIA DE DETERIORO COGNITIVO   
(puntuación en escala mental de Cruz Roja grado 2, 3, 4 y 5 o test de Pfeiffer con más de 3 errores (permitir un error más si el nivel cultural es bajo y uno menos si es alto)  
1= SI 9= datos insuficientes
- 4) PROBLEMA FÍSICO, PSIQUIÁTRICO O DE PERSONALIDAD QUE INTERFIERA EN LA CONTESTACIÓN FIABLE A LOS CUESTIONARIOS   
(no diagnosticado de amnesia, afasia expresiva, sensitiva, disartria moderada-severa, demencia vascular, esquizofrenia, depresión severa, síndrome delirante, alcoholismo crónico con dependencia, ludopatía, trastorno mental secundario..., trastorno somatomorfo, trastorno de la personalidad tipo paranoide, esquizoide, antisocial, u otro perfil ya definido psiquiátricamente)  
*Especificar:*  
  
1= SI 9= datos insuficientes
- 5) PROBLEMA CON E/V PROBABLE < 3 MESES (a juicio del entrevistador)   
*Especificar:*  
  
1= SI 9= datos insuficientes
- 6) NO HABER NACIDO EN ESPAÑA   
*Especificar:*  
  
1= SI 9= datos insuficientes
- 7) TIENE ALTERADO EL NIVEL DE CONCIENCIA   
*Especificar:*  
  
1= SI 9= datos insuficientes

**MOTIVOS DE INGRESO EN EL EPISODIO ACTUAL**

20. SI INGRESÓ EN UME:   
 1= ictus 2= fractura ósea 3= inmovilidad 4= otras alteraciones del aparato locomotor 5= E. Parkinson 6= F toT4, preinmovilismo, pérdida de función 7= otro (especificar) 9= datos insuficientes  
*Especificar:*
21. SI INGRESÓ EN CEG:   
 1= probl. cardiorrespiratorios 2= probl. endocrino-metabólicos 3= probl. digestivos 4= sd. constitucional 5= alteraciones hematológicas 6= ACVA 7= trastorno del movimiento 8= deterioro cognitivo 9= probl. osteoarticulares 10= probl. órganos de los sentidos 11= trastornos psiquiátricos 12= sd. geriátricos 13= valoración geriátrica integral 14= otros (especificar) 9= datos insuficientes  
*Especificar:*
22. SI INGRESÓ EN HD:   
 1= ictus 2= fractura ósea 3= inmovilidad 4= locomotor 5= E. Parkinson 6= F toT4, preinmovilismo, pérdida de función 7= otro (especificar) 8= deterioro cognitivo 9= alteraciones de la marcha, caídas 10= otros (especificar) 99= datos insuficientes  
*Especificar:*
23. SI INGRESÓ EN RG (seleccionar el más importante):   
 1= discapacidad física severa 2= deterioro cognitivo 3= problema social 4= otros (especificar) 9= datos insuficientes  
*Especificar:*
24. CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO EN RG:   
 1= voluntario 2= temporal 3= otros (especificar) 9= datos insuficientes  
*Especificar:*

**ESTADO ACTUAL**

25. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL   
 1= ACVA 2= fractura cadera u otro tipo 3= inmovilismo multifactorial 4= ICC 5= OCFA 6= trastornos del movimiento (e. Parkinson, temblor, corea, etc.) 7= artrosis 8= artritis y similares 9= traumatismo 10= infección con complicaciones 11= enfermedades de los órganos de los sentidos 12=DM con complicaciones 13= depresión 14= neoplasias 15= otros (especificar) 99= datos insuficientes  
*Especificar:*
26. DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS (marcar todos los que presente)
- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1= E. cardiovascular <input type="checkbox"/>       | 6= E. hematológicas <input type="checkbox"/>    | 11= Traumatismos y accidentes <input type="checkbox"/>  |
| 2= E. respiratoria <input type="checkbox"/>         | 7= E. neurológica <input type="checkbox"/>      | 12= E. órganos de los sentidos <input type="checkbox"/> |
| 3= E. endocrino-metabólica <input type="checkbox"/> | 8= E. osteomusculares <input type="checkbox"/>  | 13= Otros (especificar) <input type="checkbox"/>        |
| 4= E. digestiva <input type="checkbox"/>            | 9= E. psiquiátricas <input type="checkbox"/>    | 99= Datos insuficientes <input type="checkbox"/>        |
| 5= Neoplasia maligna <input type="checkbox"/>       | 10= E. nefrourológicas <input type="checkbox"/> |   |
- Especificar:*
27. Nº DE DIAGNÓSTICOS (incluido el principal)   
 99= datos insuficientes
28. Nº DE FÁRMACOS (principios activos)   
 99= datos insuficientes
29. CAÍDAS (en los 2 últimos meses)   
 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes  
*Si la respuesta es SI, contestar la pregunta 30*
30. Nº DE CAÍDAS (en los 2 últimos meses)   
 99= datos insuficientes
31. UPP   
 1= SI (incluye grado I) 2= NO 9= datos insuficientes
32. TRASTORNO VISUAL NO CORREGIDO POR GAFAS   
 ¿Ve usted suficientemente bien como para (con o sin gafas o lentillas) reconocer a un amigo a una distancia de cuatro metros (al otro lado de la calle)?  
 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes

33. TRASTORNO AUDITIVO NO CORREGIDO POR AUDÍFONO   
 ¿Oye Ud. un programa de TV a un volumen que los demás consideran razonable (con o sin audífono)?  
 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
34. INMOVILIDAD   
 1= inmovilidad (cama o silla de ruedas) 2= vida cama - sillón - mínimo desplazamiento 3= dentro del domicilio/ residencia  
 4= sale a la calle, mínimo desplazamiento 5= sale a la calle sin problema 9= datos insuficientes
35. APOYO A LA MOVILIDAD   
 1= bastón confianza 2= bastón de apoyo 3= andador 4= 2 y 3 con persona acompañante 5= 2 bastones/muletas 6= silla de  
 ruedas 7= sin problemas 9= datos insuficientes
36. INCONTINENCIA   
 1= SI ocasional (menos de 1 vez/semana) 2= SI habitual (hasta 5 veces/semana) 3= SI casi siempre 4= SI siempre (a diario)  
 5= NO 9= datos insuficientes  
 Si la respuesta es SI, contestar la pregunta 37
37. TIPO DE INCONTINENCIA   
 1= de urgencia 2= de esfuerzo 3= por rebosamiento 4= funcional 5= mixta 9= datos insuficientes
38. INCONTINENCIA FECAL   
 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes

## ANTECEDENTES

39. CRF previo   
 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
40. IB previo   
 1= SI 2= NO 99= datos insuficientes
41. CRM previo   
 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
42. SPMSC previo   
 1= SI 2= NO 99= datos insuficientes
43. SONDA VESICAL previa   
 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes

## SITUACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL ACTUAL

44. Puntuación CRF   
 9= datos insuficientes
45. Puntuación IB   
 999= datos insuficientes
46. Puntuación CRM   
 9= datos insuficientes
47. Puntuación SPMSC   
 99= datos insuficientes
48. DEPRESIÓN   
 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
49. Puntuación GDS (30 ítem)   
 99= datos insuficientes
50. Puntuación PGC   
 99= datos insuficientes
51. Puntuación SF-36   
 99= datos insuficientes



52. ESCALA DE PUNTUACIÓN DEL DOLOR (0 a 10)   
99= datos insuficientes
53. OXÍGENO   
1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
54. Sonda Vesical   
1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
55. DISFAGIA   
Nunca, Un poco, Bastante, Mucho  
¿ Tiene Ud. alguna dificultad para tragar los alimentos sólidos?  
¿ Tiene Ud. alguna dificultad para tragar cuando bebe líquidos?  
1= SI, sólo los sólidos 2= SI, sólo los líquidos 3= SI, sólidos y líquidos 4= NO 9= datos insuficientes
56. DISNEA   
Nunca, Un poco, Bastante, Mucho  
¿Le falta la respiración cuando descansa?  
¿Le falta la respiración al caminar?  
¿Le falta la respiración cuando sube escaleras?  
1= SI, sólo de reposo 2= SI, de pequeños esfuerzos 3= SI, de grandes esfuerzos 4= NO 9= datos insuficientes
57. TABAQUISMO ACTUAL   
1= SI 2= NO 9= datos insuficientes  
*Si la respuesta es SI, contestar la pregunta 58*
58. CONSUMO DE TABACO   
1= ≤ 10 2= 11-19 3= ≥ 20 9= datos insuficientes
59. ESTÁ SATISFECHO CON LA SITUACIÓN (tanto si fuma como si no fuma)   
1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
60. CONSUMO DE ALCOHOL (fuera de las comidas y en cantidad moderada)   
1= SI 2= NO 9= datos insuficientes  
*Si la respuesta es SI, contestar las preguntas 61 y 62*
61. Nº VASOS (nº de vasos de vino/cerveza consumidos en la última semana)   
99= datos insuficientes
62. Nº COPAS (nº de copas destiladas consumidas en la última semana)   
99= datos insuficientes
63. VALORES ESPIRITUALES/RELIGIÓN   
1= no creyente 2= creyente 3= creyente practicante 9= datos insuficientes

## DATOS SOCIOECONÓMICOS

64. NIVEL DE EDUCACIÓN   
1= no sabe leer/escribir 2= < 5 años de escolarización 3= > 5 años de escolarización, graduado escolar o equivalente 4= bachiller superior, formación profesional o equivalente 5= estudios superiores 9= datos insuficientes
65. ESTADO CIVIL   
1= soltero 2= casado 3= viudo 4= separado/divorciado 5= otro 9= datos insuficientes
66. DONDE VIVE HABITUALMENTE   
1= casa propia 2= casa alquilada 3= casa de familiar (hijo, etc..) 4= rotación en casas de hijos 5= residencia 6= otros (especificar) 9= datos insuficientes  
*Especificar:*
67. CON QUIÉN VIVE HABITUALMENTE   
1= solo 2= cónyuge/pareja 3= familiar (hijo, etc..) 4= rotación en casas de hijos 5= residencia 6= otros (especificar) 9= datos insuficientes  
*Especificar:*

68. QUIÉN LE CUIDA HABITUALMENTE   
 1= nadie 2= cónyuge/pareja 3= familiar (hijo, etc..) 4= rotación en casas de hijos 5= residencia 6= otros (especificar)  
 9= datos insuficientes  
*Especificar:*
69. N° DE HIJOS   
 99= datos insuficientes
70. CÓNYUGE DEPENDIENTE   
 1= independiente 2= para AIVD 3= para ABVD 9= datos insuficientes 8= no procede
71. CONDICIONES DE LA VIVIENDA   
 1: buenas 2: malas 9= datos insuficientes
72. COMODIDADES DE LA VIVIENDA   
 Ascensor 1= SI o casa baja 2= NO 9= datos insuficientes   
 Agua caliente 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes   
 Calefacción 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes   
 WC completo 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
73. RELACIONES SOCIALES   
 1: sí (se relaciona con otra/s personas más de 1 vez por semana y está satisfecho, tanto con la frecuencia, como con la calidad de las relaciones. Pueden ocurrir en el domicilio o en otro lugar) 2: no 9= datos insuficientes
74. CONFIDENTE   
 1: sí (persona con la que se relaciona frecuentemente, a quien le contaría un problema grave y con quien comparte sentimientos, experiencias, emociones, etc., que no comparte con otros y a quien le une un vínculo especial. Con esta persona tiene especial buena relación; puede ser el cónyuge, hijos, amigos, vecinos, etc.) 2: no 9= datos insuficientes
75. AYUDA SOCIAL A DOMICILIO (incluye teleasistencia)   
 1= SI (incluye privada) 2= NO 9= datos insuficientes
76. PENSIÓN (incluye la del paciente y su cónyuge)   
 1= ≤300€ 2= 301-600€ 3= 601-900€ 4= 901-1200€ 5= ≥1201 9= datos insuficientes
77. PRECISA AYUDA ECONÓMICA (de hijos o familiares)   
 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
78. PÉRDIDA RECIENTE DE FAMILIAR (de primer grado o equivalente)   
 1= SI 2= NO 9= datos insuficientes
79. RELACIONES SEXUALES   
 1= las tiene y son satisfactorias 2= no las tiene, pero está satisfecho 3= las tiene, pero no son satisfactorias 4= no las tiene y está insatisfecho por ello (todas las respuestas son subjetivas) 9= datos insuficientes
80. QUÉ VALORA MÁS EN SU VIDA   
 1= independencia 2= capacidad funcional 3= salud 4= familia 5= capacidad mental 6= amigos 7= independencia económica 8= vivienda 9= sexualidad 10= otros (especificar) 9= datos insuficientes  
*Especificar:*
81. SE ENCUENTRA SUBJETIVAMENTE   
 1= muy bien 2= bien 3:= regular 4= mal 5= muy mal 9= datos insuficientes

OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR:

***DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO***

D./Dña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad y con DNI nº \_\_\_\_\_, manifiesto que he sido informado/a sobre las características de mi participación para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado “Factores predictores de la calidad de vida en ancianos que utilizan recursos asistenciales especializados”.

He recibido suficiente información sobre el estudio, he podido hacer preguntas y comprendo que mi participación es voluntaria.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando todo ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que mis datos sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Fdo. D/Dña



APÉNDICE B

ESCALAS E INSTRUMENTOS  
ESTANDARIZADOS UTILIZADOS

---

**ESCALA DE DISCAPACIDAD FÍSICA DE CRUZ ROJA (Guillén, 1986)**

---

- 0 Totalmente normal.
  - 1 Realiza las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad.
  - 2 Alguna dificultad para realizar los actos de la vida diaria. Deambula con ayuda de bastón o similar.
  - 3 Grave dificultad para realizar los actos de la vida diaria. Deambula con dificultad ayudado por una persona. Incontinencia ocasional.
  - 4 Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Deambula con extrema dificultad ayudado por una persona. Incontinencia habitual.
  - 5 Inmovilidad en cama o sillón. Dependiente total. Necesita cuidados continuados de enfermería.
- 

**ESCALA DE DISCAPACIDAD MENTAL DE CRUZ ROJA (Guillén, 1986)**

---

- 0 Totalmente normal.
  - 1 Ligera desorientación en el tiempo. Mantiene correctamente una conversación.
  - 2 Desorientación en el tiempo. Conversación posible pero no perfecta. Trastornos del carácter. Incontinencia ocasional.
  - 3 Desorientación. No puede mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Trastornos del humor. Frecuente incontinencia.
  - 4 Desorientación. Claras alteraciones mentales. Incontinencia habitual o total.
  - 5 Vida vegetativa con agresividad o sin ella. Incontinencia total.
-

## ÍNDICE DE BARTHEL (Mahoney y Barthel, 1965)

APPELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ F. NACIMIENTO \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: puntuar cada apartado con 15, 10, 5 ó 0 según corresponda a la capacidad del residente o su necesidad de ayuda. No existen puntuaciones intermedias. A mayor puntuación, mayor independencia para las actividades básicas de la vida diaria.	FECHA			
<b>10 ALIMENTACIÓN:</b> <b>Independiente:</b> capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo <b>5 Necesita ayuda:</b> por ejemplo para cortar, extender la mantequilla, etc <b>0 Dependiente:</b> necesita ser alimentado				
<b>5 LAVADO (BAÑO):</b> <b>Independiente:</b> capaz de lavarse entero; usa la ducha, la bañera o permanece de pie y aplica la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente <b>0 Dependiente:</b> necesita alguna ayuda				
<b>10 VESTIRSE:</b> <b>Independiente:</b> capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa <b>5 Necesita ayuda:</b> pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable <b>0 Dependiente</b>				
<b>5 ARREGLARSE:</b> <b>Independiente:</b> realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes y manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.. No necesita ayuda <b>0 Dependiente:</b> necesita alguna ayuda				
<b>10 DEPOSICIÓN:</b> <b>Continente,</b> ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo <b>5 Accidente ocasional:</b> raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios <b>0 Incontinente</b>				
<b>10 MICCIÓN:</b> <b>Continente,</b> ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa <b>5 Accidente ocasional:</b> menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos <b>0 Incontinente</b>				
<b>10 RETRETE:</b> <b>Independiente:</b> entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras para soportarse <b>5 Necesita ayuda:</b> necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse <b>0 Dependiente:</b> incapaz de manejarse sin asistencia mayor				
<b>15 TRASLADO SILLÓN-CAMA:</b> <b>Independiente:</b> no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente <b>10 Mínima ayuda:</b> incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (por ej. la ofrecida por el cónyuge) <b>5 Gran ayuda:</b> capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama <b>0 Dependiente:</b> grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado				
<b>15 DEAMBULACIÓN:</b> <b>Independiente:</b> puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, etc.) excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión <b>10 Necesita ayuda:</b> supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m <b>5 Independiente en silla de ruedas:</b> propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo <b>0 Dependiente:</b> requiere ayuda mayor				
<b>10 ESCALONES:</b> <b>Independiente:</b> capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo <b>5 Necesita ayuda:</b> supervisión física o verbal <b>0 Dependiente:</b> necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones				
<b>TOTAL</b>				

**SORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (Pfeiffer, 1975)**

APELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ F. NACIMIENTO \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Se anotará un signo + si la pregunta es contestada correctamente y un signo – si se equivoca o no lo sabe. Por cada error se debe sumar 1 punto. Se concede un error más si el nivel educativo es bajo, y uno menos si es alto.	FECHA			
¿Qué fecha es hoy? (día, mes año)				
¿Qué día de la semana es hoy?				
¿Cuál es el nombre de este sitio?				
¿Cuál es su número de teléfono?				
¿Cuáles son sus señas? (sólo si no tiene teléfono)				
¿Qué edad tiene?				
¿En qué fecha nació?				
¿Cómo se llama el presidente del gobierno?				
¿Cómo se llama el anterior presidente del gobierno?				
¿Cuál era el primer apellido de su madre?				
Restar de 3 en 3 desde 20				
<b>TOTAL</b>				

0 - 2 errores: funcionamiento intelectual intacto

3 - 4 errores: deterioro cognitivo leve

5 - 7 errores: deterioro cognitivo moderado

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA**  
(Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey y Leirer, 1982-83)

APELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ F. NACIMIENTO \_\_\_\_\_

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Está satisfecho con su vida?   | Si        | <b>No</b> |
| 2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?                 | <b>Si</b> | No        |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía?                                       | <b>Si</b> | No        |
| 4. ¿Se siente a menudo aburrido?   | <b>Si</b> | No        |
| 5. ¿Tiene esperanza en el futuro?  | Si        | <b>No</b> |
| 6. ¿Tiene pensamientos que le molestan y no puede quitarse de la cabeza? | <b>Si</b> | No        |
| 7. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?                        | Si        | <b>No</b> |
| 8. ¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?                        | <b>Si</b> | No        |
| 9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                           | Si        | <b>No</b> |
| 10. ¿Se siente a menudo desamparado o indefenso?                         | <b>Si</b> | No        |
| 11. ¿Se siente a menudo intranquilo?                                     | <b>Si</b> | No        |
| 12. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?   | <b>Si</b> | No        |
| 13. ¿Se preocuparon frecuencia por el futuro?                            | <b>Si</b> | No        |
| 14. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?              | <b>Si</b> | No        |
| 15. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?                                 | Si        | <b>No</b> |
| 16. ¿Se siente a menudo triste y desanimado?                             | <b>Si</b> | No        |
| 17. ¿Se siente usted inútil?   | <b>Si</b> | No        |
| 18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?                                    | <b>Si</b> | No        |
| 19. ¿Cree que la vida es muy interesante?                                | Si        | <b>No</b> |
| 20. ¿Le cuesta emprender nuevos proyectos?                               | <b>Si</b> | No        |
| 21. ¿Se siente lleno de energía?   | Si        | <b>No</b> |
| 22. ¿Piensa que su situación es desesperada?                             | <b>Si</b> | No        |
| 23. ¿Cree que loa mayoría de la gente está mejor que usted?              | <b>Si</b> | No        |
| 24. ¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?               | <b>Si</b> | No        |
| 25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?                                    | <b>Si</b> | No        |
| 26. ¿Tiene problemas para concentrarse?                                  | <b>Si</b> | No        |
| 27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?                          | Si        | <b>No</b> |
| 28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?                                    | <b>Si</b> | No        |
| 29. ¿le resulta fácil tomar decisiones?                                  | Si        | <b>No</b> |
| 30. ¿Su mente está tan clara como antes?                                 | Si        | <b>No</b> |

Un punto por cada respuesta que suponga una actitud negativa (en negrita). 18 ó más puntos indican trastorno clínicamente significativo.



**PHILADELPHIA GERIATRIC CENTRE MORALE SCALE (Lawton, 1975)**

APELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ F. NACIMIENTO \_\_\_\_\_

---

1. ¿Las cosas se han puesto peor a medida que Ud. ha envejecido?	No
2. ¿Tiene Ud. tanta energía como el año pasado?	Sí
3. ¿Se siente Ud. muy solo?	No
4. ¿Ve Ud. bastante a sus amigos y parientes?	Sí
5. ¿Se molesta Ud. más este año por pequeñeces?	No
6. ¿Se siente Ud. menos útil a medida que envejece?	No
7. ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	No
8. ¿A medida que envejece las cosas le parecen mejores de lo que esperaba?	Sí
9. ¿A veces piensa Ud. que la vida no merece la pena vivirse?	No
10. ¿Es Ud. tan feliz ahora como cuando era más joven?	Sí
11. ¿Tiene Ud. muchos motivos para estar triste?	No
12. ¿Tiene Ud. miedo de muchas cosas?	No
13. ¿Se enfada Ud. más de lo que solía hacerlo antes?	No
14. ¿Su vida es dura la mayor parte del tiempo?	No
15. ¿Está satisfecho con su vida actual?	Sí
16. ¿Encuentra las cosas pesadas?	No
17. ¿Se viene Ud. abajo con facilidad?	No

---

PUNTUACIÓN: se presentan las respuestas que indican una actitud positiva y cada una de ellas puntúa 1 punto. El paciente no debe ver esta guía de puntuaciones.

## CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992)

APELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ F. NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

(marque un solo número)

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

(marque un solo número)

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

(marque un solo número por cada pregunta)

ACTIVIDADES	Sí, me limita un poco	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. <b>Esfuerzos intensos</b> , tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	1	2	3
b. <b>Esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <b>varios</b> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <b>un solo</b> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar <b>un kilómetro o más</b>	1	2	3
h. Caminar <b>varias manzanas</b>	1	2	3
i. Caminar <b>una sola manzana</b> (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa su salud física?

(marque un solo número por cada pregunta)

ACTIVIDADES	Sí	No
a. ¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo <b>dificultad</b> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

(marque un solo número por cada pregunta)

ACTIVIDADES	Sí	No
a. ¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2
b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <b>cuidadosamente</b> como de costumbre, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

(marque un solo número)

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

(marque un solo número)

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

(marque un solo número)

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

(marque un solo número por cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió demasiado triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

(marque un solo número)

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo alguna vez	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

(marque un solo número por cada pregunta)

	Totalment e cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalment e falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

Esta Tesis Doctoral se terminó de imprimir el 2 de julio de  
2007, en Talavera de la Reina