



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL
ANCIANO RURAL ARAGONÉS

QUALITY OF LIFE ASSESMENT IN THE ARAGONESE
RURAL ELDERLY

Autora

Sonia Usón Lucea

Directora

Dra. Isabel Iguacel Azorín

Facultad de Ciencias de la Salud

2020/2021

ÍNDICE

Abreviaturas y acrónimos utilizados.....	3
1. Resumen y palabras clave.....	4
2. Introducción	6
3. Metodología.....	9
3. Resultados.....	12
4. Discusión.....	20
5. Conclusiones.....	24
6. Bibliografía.....	25
Anexo 1. Autorización del TFM por la Directora.....	30
Anexo 2. Dictamen favorable del CEICA.....	31
Anexo 3. Modelo de consentimiento informado.....	32
Anexo 4. Cronograma.....	33
Anexo 5. Cuestionario.....	34

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS UTILIZADOS:

CAA	Comunidad Autónoma de Aragón.
CEICA	Comité Ética de Investigación de Aragón.
CV	Calidad de Vida.
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
TFM	Trabajo Fin de Máster.
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life-Old.
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life-Bref.

1. RESUMEN:

Introducción: España, y más concretamente Aragón, tienen una población muy envejecida y cada vez más urbanizada. Por tanto, es importante investigar la percepción de la calidad de vida (CV) en ancianos de más de 80 años de pequeñas localidades rurales del territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón (CAA).

Metodología: Se analizó la percepción del nivel de CV en general y en los dominios de salud física, salud mental, redes sociales y medio ambiente. Los datos se recogieron en ancianos de más de 80 años residentes en localidades de la CAA cuya población era menor de 5.000 habitantes. Se utilizaron cuestionarios que los sujetos debían rellenar con o sin ayuda del cuidador. En dichos cuestionarios, se recogieron variables socio-demográficas, geográficas y se aplicó el instrumento específico de medida the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) para evaluar la CV.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo en el cual se determinó la distribución de frecuencias, medidas de dispersión, variables socio-demográficas, y aquellos aspectos necesarios para completar nuestro estudio como el nivel educativo. Además, se utilizó la diferencia de medias y el análisis de fiabilidad para comprobar la validez del modelo.

Resultados: Se incluyeron un total de 143 cuestionarios válidos. La edad promedio fue de 85.35 años. Del total de personas que completaron el estudio un 59,44.% fueron mujeres. Respecto a la salud mental y física se encontraron resultados de calificación inferior en las mujeres que en hombres. No obstante, en las redes sociales los datos de las mujeres fueron superiores a la de los hombres.

Conclusiones: La percepción que tienen los ancianos de su propia CV resulta ser superior en hombres que en mujeres, en todos los dominios menos en los de las relaciones sociales..

Palabras clave: anciano, calidad de vida, población rural, Aragón

ABSTRACT:

Introduction: Spain, and more specifically Aragon, have a very aged and increasingly urbanized population. Therefore, it is important to investigate the perception of quality of life (QoL) in elderly people over 80 years of age from small rural towns in the territory of the Autonomous Community of Aragon (CAA).

Methodology: We analyzed the perception of the level of QoL in general and in the domains of physical health, mental health, social networks and environment. The data were collected in elderly people over 80 years of age living in localities of the CAA whose population was less than 5,000 inhabitants. Questionnaires were used that subjects had to fill out with or without the help of the caregiver. In these questionnaires, socio-demographic and geographical variables were collected and the specific measurement instrument the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) was applied to evaluate QoL.

A descriptive statistical study was conducted in which the distribution of frequencies, dispersion measures, socio-demographic variables, and those aspects necessary to complete our study such as educational level were determined. In addition, mean difference and reliability analysis were used to check the validity of the model.

Results: A total of 143 valid questionnaires were included. The median age was 85.35 years. Of the total number of people who completed the study, 59.44% were women. With regard to mental and physical health, lower score results were found in women than in men. However, on social media, women's data was higher than men's.

Conclusions: The perception that the elderly have of their own QoL turns out to be higher in men than in women, in all domains except those of social relations.

Keywords: elderly, quality of life, rural population, Aragon

2. INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida (CV) como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (3). La percepción de la CV por parte de los ciudadanos, cada vez es más relevante de cara a establecer el bienestar de una población. Para estudiar la CV se utilizan diversos indicadores de estabilidad, derechos, salud, seguridad, clima, coste de vida, popularidad entre otros. Con estos indicadores, se elaboran cuestionarios, cuyo análisis detallado resulta en una determinada posición que hace a unos países mucho más atractivos que otros con respecto a la CV, y que es capaz de modificar políticas sociales para obtener mejores resultados.

Con el fin de describir la CV se han desarrollado y validado diferentes herramientas para su medición, como son los cuestionarios World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL). Este cuestionario se centra en la CV percibida por la persona, aportando un perfil de la misma y dando una puntuación global de las áreas (4). Dentro del WHOQOL existen dos versiones: el WHOQOL_100 y el WHOQOL-BREF una versión abreviada que consta de 26 ítems y se encarga de evaluar las dimensiones relevantes de la CV y que es el que se usó en este estudio.

El progresivo abandono del campo y la inmigración hacia las ciudades ha tenido un claro efecto en la pérdida de la familia nuclear (33), en la que convivían varias generaciones y donde unos cuidaban de los otros. Actualmente la vida en las ciudades favorece el individualismo, y el abandono del medio rural origina la drástica disminución de la población. Todos estos factores han originado un dramático envejecimiento además de provocar la soledad de la población residente, que paulatinamente ha visto perder servicios fundamentales, no solo de salud, sino comerciales, de entretenimiento, bancarios etc. La Comunidad Autónoma de Aragón (CAA) tiene unas características especiales respecto a otras regiones españolas por la abundancia de poblaciones rurales dispersas y con escasos habitantes.

Por otra parte, un hecho muy relevante en la CV de los habitantes de nuestro país, es el referido a la gran longevidad de los españoles, que origina junto al muy reducido índice de natalidad, la completa inversión de la pirámide poblacional española (5). Y así, algo

inicialmente positivo como sería el vivir con CV muchos más años, se convierte en una fuente de problemas, debido a la proliferación de ancianos (a menudo centenarios), ubicados en poblaciones pequeñas y dispersas, que requieren cuidados médicos continuos y especializados (gerontología), sin tener suficientes residencias geriátricas dotadas, y personal.

Desde hace unas décadas se está intentando llevar a cabo desde los centros sanitarios de atención primaria la promoción de hábitos saludables para la mejora de la CV sobre todo en personas ancianas (añade REF). Incluso en la práctica del trabajo social se realizan estudios de rendimiento de talleres de aprendizaje de acciones propias del individuo (6), para ayudar a los ancianos a entender los cambios necesarios en su estilo de vida y sus cuidados para así prepararlos en ese inevitable proceso de cambio que tiene que ocurrir, involucrando en este aprendizaje al cuidador informal tan necesario en estos momentos más aún en esta situación de pandemia (7).

Sin embargo, existen escasos documentos y estudios disponibles que han evaluado la CV de los ancianos en la CAA, para poder valorar y analizar de una manera exacta qué debilidades y fortalezas existen en este campo, y por ello qué medidas se deben tomar en cada circunstancia.

En relación a la CV de los ancianos en el resto de países del mundo existen una serie de diferencias que deben ser mostradas. En China (8) los ancianos tienen una CV mucho más disminuida en comparación con otros países por un sentimiento de nido vacío, en general originado como consecuencia de la independencia de los hijos, y el abandono del hogar familiar. Esta situación es claramente contraria a la tradición china del respeto y cuidado a los ancianos y ancestros, presentando la gran mayoría de los ancianos, una inmensa soledad y depresión, siendo ésta mayor en zonas rurales. Sin embargo, en la India (9) cuando se realizó un estudio comparativo de la CV en ancianos ubicados en el ámbito rural, frente a los asentados en poblaciones urbanas, los resultados obtenidos en lugar de mostrar una mejor CV en el ámbito urbano, con más y mejores medios, fueron a la inversa, siendo mayor la CV en los ancianos del ámbito rural.

En otros trabajos de investigación comparativos de la salud y la CV de los ancianos en el ámbito rural (10), se llegó a la conclusión de que, en líneas generales la salud de los ancianos estaba bastante mermada, sobre todo en mujeres que viven solas, dejando

entrever los graves problemas de salud y la necesidad de implantar centros geriátricos que permitieran una atención individualizada.

Se debe tener presente que la cultura y recursos económicos de estos países superpoblados, así como su política social es muy diferente a la occidental, y más concretamente a la de la CAA. No obstante, existen algunas similitudes entre estos países y la CAA como son la dispersión territorial, la progresiva atomización de los núcleos familiares clásicos, la generalizada disminución de los recursos económicos, etc.

Con los resultados obtenidos en este estudio se puede tener una adecuada percepción de la mejora o no de esta CV, y su cuantificación, a partir de la apertura de un centro de día, o una residencia en una determinada localidad, conociendo los datos previos y su comparación con estudios posteriores. De igual modo se podría conocer el efecto percibido en cuanto a mejoras de la CV, de diferentes mejoras instituidas, de manera que se pueda evaluar su rentabilidad social.

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar la CV de los ancianos de la denominada cuarta edad, que, por consenso, hace referencia “a la última fase de la vida de las personas que alcanzan una vejez avanzada, considerándose habitualmente su comienzo a partir de los 80 años de edad”. La hipótesis que se plantea en el siguiente trabajo es que los ancianos, de más de 80 años, que viven en el ámbito rural de Aragón perciben un nivel muy alto de su CV.

3. METODOLOGÍA:

Se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF es un cuestionario autoreportado cuyo objetivo es medir la CV que contiene un total de 26 preguntas. Las respuestas a las preguntas están en una escala Likert del 1 al 5, donde 1 representa "en desacuerdo" o "en absoluto" y 5 representa "completamente de acuerdo" o "extremadamente" .

El cuestionario WHOQOL-BREF fue elaborado por la OMS y contiene dos preguntas generales de la CV y otras 24 preguntas más que se encuentran divididas en cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente (11). Cada uno de los cuales está contenido en las siguientes preguntas o ítems que pueden consultarse en el anexo 4:

- Salud física: P3, P4, P10, P15, P16, P17 y P18.
- Salud mental: P5, P6, P7, P11, P19 y P26.
- Relaciones sociales: P20, P21 y P22.
- Medio ambiente: P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24 y P25.

La población diana fueron los ancianos de 80 años o más de los municipios rurales de CAA con una población de ancianos mayores de 80 años de edad, y en núcleos rurales de menos de 5.000 habitantes de ancianos de 80 años, de las tres provincias que conforman la CAA y eligiendo los municipios de forma aleatoria teniendo en cuenta en los municipios donde había trabajado y mantenía relaciones profesionales estrechas; en cada provincia siendo un total de 26 municipios, ocho de Teruel, nueve de Zaragoza y nueve de Huesca.

A los centros de salud, farmacias, ayuntamientos, comarcas y escuelas de adultos de los municipios incluidos en el presente estudio se les explicó el proyecto, y aceptaron participar de forma verbal. Se comenzó la comunicación telefónica y de correos electrónicos con los distintos centros de salud, farmacias, ayuntamientos, comarcas y escuelas de adultos de los municipios para que pudieran distribuir los cuestionarios a los

ancianos participantes del estudio. El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Aragón.

Una vez aceptado el proyecto, en cada municipio se instruyó a la persona que había aceptado a ayudar (ya fuera del centro de salud, farmacia, ayuntamiento, comarcas y/o escuela de adultos de los municipios) sobre el proyecto y sobre el cuestionario a rellenar. Concretamente se les explicó cómo se debía hacer la entrega y la recogida, finalizando con la remisión de los cuestionarios por mensajero o correo certificado.

Por mensajero o correo certificado se enviaron a cada municipio 25 cuestionarios; esta estrategia de envío, y recogida, se desarrolló de esta manera para mantener la confidencialidad de los cuestionarios y para evitar los obstáculos de movilidad territorial temporal debidos a la pandemia.

Se incluyeron todos los ancianos de 80 años (hombres o mujeres) o más de los municipios de Aragón de menos de 5.000 habitantes, que quisieron participar, alfabetizados, y que tuvieran sus habilidades cognitivas conservadas para poder responder el cuestionario por ellos mismos o con la mínima ayuda de algún familiar cercano.

Se excluyeron aquellos ancianos que rechazaron contestar el cuestionario o que tuvieran un deterioro cognitivo muy grave que les impidiera responder al cuestionario.

Finalmente se incluyeron en el presente estudio un total de 143 individuos, todos ellos cumpliendo los criterios de inclusión. De los cuales, 60 eran hombres y 83 eran mujeres. Lo que representa el 0,139% del total de la población a estudio. Si bien para que fuese representativa nuestra muestra tendría que ser de 380; puesto que en el último censo de Aragón (12) se encontraron un total de 33.554 personas mayores de 80 años que cumplían los criterios de inclusión.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Inicialmente se realizaron dos análisis descriptivos, calculando las medidas de tendencia central y de desviación: uno para cada uno de los ítems del cuestionario y otro una vez creados y ponderados los factores (dimensión física, dimensión psicológica, relaciones sociales y ambiente) que se recogen en la bibliografía de la WHOQOL-Bref (OMS, 1996), así se obtuvieron las puntuaciones promedio de cada factor o dominio.

Se asumió un nivel de confianza del 95% estableciéndose por tanto el umbral de la prueba de hipótesis en 0,05.

A continuación, en el estudio bivalente, como se quería observar la diferencia de género en el nivel de salud, se procedió a efectuar una prueba T-Student para muestras independientes para la diferenciación de medias en cada factor según el grupo masculino y el femenino. Aunque previamente se ha realizado una prueba de Levene de igualdad de varianzas, para saber si ambos grupos (masculino y femenino) eran homogéneos y por lo tanto se podían comparar. Finalmente, se quiso medir la fiabilidad de los factores creados del cuestionario WHOQOL-Bref el estadístico alfa de Cronbach.

Los datos que se recogieron mediante el cuestionario WHOQOL-Bref se introdujeron y analizaron mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24.

4. RESULTADOS:

Se analizaron los datos del cuestionario WHOQOL-BREF siguiendo los pasos reflejados en el documento de la OMS (1996) (8) para recodificar los ítems y calcular la puntuación de los dominios. Se eliminaron los casos que contenían más del 20% de los datos como valores perdidos, que son los valores que no han sido registrados, es decir aquellos que bien no se contestaron o no se registraron.

Tabla 1. Población mayor de 80 años en municipios de Aragón con población menor de 5.000 habitantes mayores de 80 años (5)

HOMBRES	14.114
MUJERES	19.440
TOTAL	33.554

La población de ancianos mayores de 80 años de municipios con 5.000 de población en la CAA, suman 33.554, entre hombres y mujeres.

En la Tabla 2 se muestra el análisis global de los 26 ítems del cuestionario, para poder tener una visión general de la división por género y por respuestas contestadas.

Tabla 2. Análisis global de los 26 ítems del cuestionario WHOQOL-BREF.

VARIABLES	N		Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
	Válidos	Perdidos						
Municipio	143	1	10,50	10,00	12	5,37	1	22
Género	143	1	1,58	2,00	2	0,49	1	2
P1	143	1	3,26	3,00	3	1,02	1	5
P2	143	1	3,08	3,00	3	1,09	1	5
P3	143	1	2,51	2,00	2	1,23	1	5
P4	143	1	3,46	3,00	3	1,08	1	5
P5	143	1	2,78	3,00	3	1,09	1	5
P6	140	4	3,19	3,00	3	1,05	1	5
P7	141	3	3,11	3,00	3a	0,98	1	5
P8	143	1	3,38	4,00	4	0,97	1	5
P9	143	1	3,71	4,00	4	0,80	2	5
P10	140	4	3,18	3,00	3	1,09	1	5

P11	139	5	3,51	4,00	3a	0,96	1	5
P12	139	5	3,68	4,00	3	1,01	1	5
P13	139	5	3,55	4,00	3	0,88	1	5
P14	140	4	2,57	2,00	2	1,15	1	5
P15	139	5	3,24	3,00	3	1,32	1	5
P16	142	2	3,18	3,00	3	1,04	1	5
P17	140	4	3,13	3,00	4	1,09	1	5
P18	141	3	2,89	3,00	3	1,15	1	5
P19	142	2	3,42	3,00	3	1,01	1	5
P20	139	5	3,63	4,00	4	0,99	1	5
P21	117	27	2,38	3,00	3	1,20	1	5
P22	141	3	3,55	4,00	4	0,97	1	5
P23	136	8	4,14	4,00	5	0,83	2	5

P24	137	7	4,19	4,00	5	0,78	2	5
P25	139	5	3,00	3,00	3	1,23	1	5
P26	141	3	2,62	3,00	2	1,03	1	5

Una vez consideradas las respuestas de cada uno de los dominios, desde un punto de vista cuantitativo, se observó en la Tabla 3 como la puntuación promedio recogida en las dimensiones correspondientes a relaciones sociales (13,00) y ambiente (14,06) superó al registrado en salud física (12,37) y salud psicológica (12,90). Aunque cabe destacar que la mayoría de los encuestados opinaron que su estado psicológico se ha visto mermado por el estado de la pandemia actual y la disminución de las visitas de los familiares en la vida diaria de estos últimos meses. También en relaciones sociales y ambiente se han registrado los valores máximos, que se ven mejorados por las relaciones vecinales y el apoyo rural.

Tabla 3. Puntuación promedio de los cuatro dominios

		SALUD FÍSICA	SALUD PSICOLÓGICA	RELACIONES SOCIALES	AMBIENTE
N	Válido	139	138	137	138
	Perdidos	1	2	3	2
Media		12,37	12,90	13,00	14,06

Mediana	12,57	13,33	13,33	14,00
Moda	13,71	15,33	12,00	14,00
Desviación estándar	2,61	2,76	3,71	3,06
Mínimo	5,71	6,67	4,00	6,00
Máximo	17,71	19,33	20,00	20,00

Por otro lado, para poder comparar las medias de las puntuaciones de CV según el género, se realizó una prueba t-Student para muestras independientes.

Así, la Tabla 4, mostró las puntuaciones promedio de cada dominio según el género; y se observó que, en todos los dominios, exceptuando el dominio de relaciones sociales, la puntuación fue mayor en el género masculino que en el femenino.

Tabla 4: Puntuaciones promedio de cada dominio según el género

	Género del encuestado.	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
SALUD FÍSICA	Masculino	59	13,30	2,28	0,29
	Femenino	80	11,69	2,63	0,29

SALUD PSICOLÓGICA	Masculino	58	13,38	2,66	0,35
	Femenino	80	12,55	2,79	0,31
RELACIONES SOCIALES	Masculino	58	12,12	3,64	0,47
	Femenino	79	13,64	3,64	0,41
AMBIENTE	Masculino	59	14,31	3,14	0,40
	Femenino	79	13,88	3,00	0,33

La prueba de Levene reflejada en la Tabla 5 se aplica antes de realizar la prueba de comparación de medias, para poder visualizar si las diferencias entre géneros son significativas. Así se demuestra que las varianzas son iguales, es decir el grupo masculino y el femenino. Por lo tanto, al ser homogéneos se pueden comparar.

Tabla 5. Prueba de Levene de igualdad de varianzas.

	F	Sig
SALUD FÍSICA	3,012	0,085
SALUD PSICOLÓGICA	0,615	0,434

RELACIONES SOCIALES	0,013	0,909
AMBIENTE	0,045	0,833

Los resultados obtenidos en la Tabla 6, indican que hay diferencias significativas entre géneros en las dimensiones de salud física (significación del p valor: 0,000) y relaciones sociales (significación del p valor: 0,017). Se observó cómo el género masculino obtiene 1,6 puntos más de percepción de CV en salud física que el género femenino. De manera diferente sucede en la dimensión relativa a las relaciones sociales, en el cual es el género femenino quien obtiene 1,5 puntos más que el género masculino.

Tabla 6: Dimensiones por género

	t	Gl	Sig (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
						Inferior	Superior
SALUD FÍSICA	3,76	137	0,000	1,61	0,42	0,76	2,46
SALUD PSICOLÓGICA	1,75	136	0,081	0,82	0,47	-0,10	1,76
RELACIONES SOCIALES	-2,40	135	0,017	-1,51	0,63	-2,76	-0,27
AMBIENTE	0,83	136	0,408	0,43	0,52	-0,60	1,48

Finalmente, se realizó una prueba de consistencia interna de los dominios para medir la fiabilidad del instrumento, aplicando el estadístico alpha de Cronbach.

El alfa de Cronbach (0,906.) indica que existe una muy buena consistencia interna de los dominios. El modelo entonces, es fiable.

	N	%
Válido	135	96,4
Excluido	5	3,6
Total	140	100,0

5. DISCUSIÓN:

El objetivo del presente TFM fue analizar la CV de los ancianos mayores de 80 años en el medio rural Aragonés, mediante el cuestionario WHOQOL-BREF validado en estudios previos.

Comparando los datos obtenidos en este estudio con otros trabajos de investigación de interés (11-13), los datos recogidos sugieren que la CV en el ámbito rural aragonés en el anciano es muy elevada.

En Aragón, existen 19.440 mujeres y 14.114 hombres mayores de 80 años, ubicados en municipios con una población de ancianos de la cuarta edad superior a los 5.000 habitantes de esa edad (12).

La edad media de los participantes del estudio fue superior a los 85 años, mientras que, en los estudios realizados por otros investigadores en la revisión bibliográfica, fue población de mayores de 65 años, por lo que su media de edad es significativamente inferior a la del presente estudio, y, por ello, difícilmente comparables, ya que una menor edad implica menor dependencia y menor necesidad de ayuda externa.

Dada la media 85 años, se consideró un estudio de la cuarta edad. A partir de los 80 años es cuando comienza la cuarta edad, no existiendo apenas estudios que incluyan esta franja de edad. Por ello, se debe plantear en futuras investigaciones la idoneidad de establecer una edad de corte de 80 años, dado el aumento de la esperanza de vida de este grupo poblacional; que representa el 3% de la población occidental (13). En algunos estudios asociados a variables socio-demográficas (edad, sexo, tipo de convivencia, nivel educativo), se ven grandes diferencias, conforme el nivel educativo es menor y el nivel adquisitivo; aumenta la fragilidad y merma la CV. Así, conforme la edad aumenta, se aprecia una pérdida de la CV, tal como sugieren otros estudios previos (14).

En el cuestionario WHOQOL-BREF, a pesar de los diversos estudios que dejan constancia de su validez y su idoneidad (15, 16) para su aplicación en ancianos, se ha apreciado algunas dificultades para la correcta comprensión del contenido de algunos ítems entre los participantes, así como cierta dificultad en la decisión de contestar algún ítem, como por ejemplo el de los hábitos sexuales (17). No se ha podido definir si esta dificultad era debida a problemas educativos, o como consecuencia de deterioro

cognitivo no detectado, dado que los cuestionarios se repartieron a los participantes, y a menudo lo rellenaban ellos en casa.

Se observaron diferencias globales según los cuatro dominios en los que se divide el cuestionario: Salud física, Salud mental, Relaciones sociales y Medio ambiente.

Se obtuvieron resultados muy bajos en el dominio de las relaciones sociales, un 81% de los encuestados, aportaron en las observaciones de los comentarios del cuestionario, la mayor soledad del día a día en los primeros momentos de la pandemia. Estos datos son comparables con resultados de estudios previos que confirman que al aumentar el cuidado de las relaciones sociales se disminuye el estrés en la longevidad y aumentando así la CV (23,24). Aunque de ese 81%, el 23% aseguró que, aunque llevaron mal las ausencias de hijos y nietos, el apoyo y la libertad en el ámbito rural fue mucho mayor que la que sus hijos pudieran tener en la ciudad. En todo caso resulta difícil diferenciar, si estas puntuaciones de las relaciones sociales hubieran sido notablemente más altas sin la pandemia, ya que como se apreció en otros estudios (26) para los sujetos de edad avanzada una CV negativa equivale a la pérdida de salud y una CV positiva equivale a una mayor gama de categorías como la actividad, los ingresos, la vida social y la relación con la familia.

Cabe destacar que en el ítem P21, el relativo a las relaciones sexuales es la variable que más valores perdidos registró con un total de 27 valores perdidos, una diferencia notoria si se compara con el resto de las variables.

Así los municipios (26 municipios, ocho de Teruel, nueve de Zaragoza y nueve de Huesca) incluidos en el presente estudio se observó la necesidad de mejorar ciertos aspectos socio-sanitarios de infraestructura, a nivel social y emocional, aunque estos eran compensados por su medio ambiente vecinal, de amistades o familiar. De este modo como los ancianos en su mayoría desean vivir en sus domicilios, (11) gracias a este apoyo vecinal, por una parte, y de ayuda a domicilio proporcionada por la Administración, se puede conseguir una importante mejora creando verdaderos “agentes activos” en el entorno ya sean formales (como los asistentes de las comarcas) o informales (como las personas o familiares que acaban residiendo, total o parcialmente, en el domicilio con el anciano, le facilitan compras, gestiones de todo tipo, proporcionan compañía o facilitan la salida al exterior).

Resultaría de interés que una vez llegara la normalidad, se pudiesen repetir estos cuestionarios con los mismos participantes. Como se realizó en otros estudios (26) evidenciando que, para mejorar la CV de las personas mayores, se debe prestar especial atención al sentirse aislado y la falta de apoyo social. Se mostraron mucho menos satisfechos (27) los que carecieron de apoyo familiar. E indudablemente lo que mermó más la CV de los ancianos era su estado general de salud como se demuestra en otros estudios (32, 34).

Asimismo, es probable que los adultos mayores rurales valoren altamente su independencia y, al mismo tiempo, tengan menos acceso a un número menor de servicios comunitarios. Aunque gracias a las ayudas de los trabajadores sociales (31), como ocurre en CAA en las comarcas siempre tienen un extra de apoyo externo.

En el análisis sobre la diferencia entre sexos, las mujeres obtuvieron mejores resultados en la CV en las cuestiones referidas a las relaciones sociales, a diferencia con estudios de mujeres rurales de Taiwán (25) y ambientales, donde muestran una puntuación significativamente peor. En referencia a esta cuestión hay estudios que demuestran que en las mujeres su situación de soledad frente a la viudedad y su soledad dada su mayor longevidad es mayor, pero se adaptan mejor a esos cambios vitales (18). Algunas hipótesis que se barajan al respecto indican que, si las mujeres obtienen puntuaciones bajas en este componente, es debido a la peor autopercepción de sí mismas con el paso de los años, y los problemas psicológicos que puedan tener e influir sobre esta percepción (19).

Incluso estudios que objetivaron que los ancianos urbanos tienen ventajas demostrables en términos de muchos indicadores de CV, parecen no tener tal resultado al comprarlos con los ancianos rurales en términos de bienestar subjetivo o emocional (26). Además, los cambios importantes en la relación entre una persona y su entorno a lo largo de su vida la competencia ambiental resultó ser la antesala más importante del bienestar psicológico (30).

Algunos estudios realizados en otros países, referidos al lugar donde quieren residir los ancianos, muestran que se encontraron variables de que demuestran la gran fragilidad de los ancianos y lo que influye esto es su CV (11, 12). Aunque sus percepciones varían

fundamentalmente por las diferencias básicas entre sus culturas y sistemas educacionales.

Se deben considerar otras estrategias específicas de zonas concretas, como sería el caso de aquellas medidas políticas realizadas en la CA de Aragón (20), adoptadas en orden a paliar el problema de la despoblación de la CAA y los cambios que en esos municipios han originado. Incluso se puede analizar que la CV evidencia en estudios en ancianos institucionalizados (21) es casi similar a lo que resultó de nuestro estudio. No obstante, gracias a las progresivas opciones que han abierto el camino en educación y telecomunicaciones en estos municipios, tanto para la población en general, como para las personas mayores (29), han ofrecido mayores posibilidades de intercomunicación con aquellos familiares que residen lejos del pueblo, mejorando sus relaciones sociales y el aislamiento. Es el caso de la videoconferencia, el teléfono móvil, la televisión por streaming, etc. Aspectos que mejoran positivamente en la CV y que más tarde, habrán de ser considerados estadísticamente.

Ahora bien, lo que además se observó mediante la realización de los cuestionarios por partes de los ancianos que aumentaban su CV si dedicaban parte de su jornada del día a voluntariados y reuniones sociales, lo que va en línea con estudios previos realizados (29)

Por último, es preciso considerar en este estudio la existencia de ciertas limitaciones que pudo afectar a los resultados, principalmente generadas por las características de la muestra utilizada como son: el tamaño de la muestra, el sistema empleado para la recogida de los datos, limitado en el tiempo por los envíos y el cierre perimetral, y por supuesto la edad avanzada de los participantes que se querían evaluar.

Además, se observó que al ser un total de 143 individuos, representaban el 0,139% del total de la población a estudio, si bien para que fuese representativa nuestra muestra tendría que ser de 380; puesto que en el último censo de Aragón (12) se encontraron un total de 33.554 personas mayores de 80 años que cumplían los criterios de inclusión. Por lo tanto, nuestra muestra de 143 cuestionarios no es representativa, a pesar de lo cual sí es susceptible de estudio tratándose, como es el caso, de un estudio piloto, puesto que para que fuera representativo debería ser de una muestra de 380 participantes para que el sesgo fuera menor de 5; siendo nuestro sesgo de error del 8,2.

5. CONCLUSIONES.

A la vista de los datos obtenidos del estudio realizado, se puede concluir que la muestra de 143 cuestionarios válidos obtenidos de ancianos mayores de 80 años, habitantes de municipios de población inferior a 5.000 habitantes de la CAA, y referidos a la percepción de su CV, ponen de manifiesto, en general, una elevada CV medida con el cuestionario WHOQOL-BREF. Dicha percepción de su propia CV resulta ser superior en hombres que, en mujeres, en todos los dominios, excepto en el de las relaciones sociales, hecho que resulta del correspondiente análisis de la comparación por géneros. Aunque debemos hacer hincapié en los comentarios repetitivos de ambos géneros por las circunstancias especiales del estado de Alarma y la pandemia actual generada por la COVID-19.

Con respecto a los diferentes dominios del cuestionario WHOQOL-BREF, el presente estudio pone de manifiesto a través de las correspondientes asociaciones entre ítems, y la interpretación individual de los distintos dominios de forma independiente, que tanto en los apartados de relaciones sociales como en la consideración del ambiente se obtienen, de media, las máximas puntuaciones y con diferencia por género en las relaciones sociales.

6. BIBLIOGRAFÍA:

- 1.OMS. WHO | WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights.WHO, 2019 (Citado 15 abril 2021) 153(1), Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/>
2. Naranjo Hernández Ydalsys, Concepción Pacheco José Alejandro, Rodríguez Larreynaga Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *GacMédEspirit*, 2017 Dic [Citado 9 mayo 2021],19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.
- 3.Grupo WHOQOL. (1995). Evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (OMSQOL): Documento de posición de la Organización Mundial de la Salud. *Ciencias Sociales y Medicina*,41(10), 1403-1409.
- 4.Grupo WHOQOL. (1995). Evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (OMSQOL): Documento de posición de la Organización Mundial de la Salud. *Ciencias Sociales y Medicina*,41(10), 1403-1409.
5. Padrón municipal de habitantes. Pirámides de población, Aragón. Gobierno de Aragón (aragon.es) , 2021 Febrero, (Citado 9 mayo 2021), Disponible en: <https://www.aragon.es/-/piramides-de-poblacion.-aragon>
- 6.Hernández-Díaz, J., Paredes Carbonell, J.J, Marín Torrens, R. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. Elsevier, 2014; 46(1); 40-47 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671300200X>
7. Larrañaga Isabel, Martín Unai, Bacigalupe Amaia, Begiristáin José María, Valderrama María José, Arregi Begoña. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *GacSanit* [Internet]. 2008 Oct [citado 2021 Mayo 09]; 22(5): 443-450. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008&lng=es.

8. Liang, Y., Wu, W. Exploratory analysis of health-related quality of life among the empty-nest elderly in rural China: An empirical study in three economically developed cities in eastern China. *Health Qual Life Outcomes*,**12**, 59 (2014). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-59>
9. Abhay Mudey, Shrikant Ambekar, Ramchandra C. Goyal, Sushil Agarekar & Vasant V Wagh(2011), Assessment of Quality of Life among Rural and Urban Elderly Population of Wardha District, Maharashtra, India, *Studies on Ethno-Medicine*,**5**(2),89-93, DOI:10.1080/09735070.2011.11886394
10. Qadri, S. et al. "Un estudio epidemiológico sobre la calidad de vida entre la población rural de ancianos de la India nothern." *Revista Internacional de Ciencias Médicas y Salud Pública* **2** (2013): 514-522.
10. El Gobierno de Aragón reforzará a partir de esta semana el servicio de apoyo psicológico con un nuevo call-center para terapia familiar [Internet]. 2020. Disponible en: <http://aragonhoy.aragon.es/index.php/mod.noticias/mem.detalle/id.258150>
11. OMS (Organización Mundial de la Salud). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and version of the assessment. Ginebra. 1996
12. Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). Cifras oficiales de población a 1 de enero de 2020, (PDF, 220 KB; a 30 de diciembre). 2020. https://www.aragon.es/documents/20127/1909615/20201230_Comunicado+cifras+oficiales+de+población.pdf/b2e2fa3e-88b8-c558-4683-830eade2a291?t=1609325508491
13. Adela Herrera P, Andrés Guzmán H. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Rev médica Clín Las Condes*. 2012;**23**(1):65–76.
14. Gallo Estrada J, Molina Mula J. Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *Gerokomos*. 2015;**26**(1):3–9.
15. Benítez-Borrego, S., Guàrdia-Olmos, J. & Urzúa-Morales, A. Análisis estructural factorial de la versión española de WHOQOL-BREF: un estudio exploratorio del modelo de ecuación estructural. *QualLife Res***23**,2205–2212 (2014). <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0663-2>

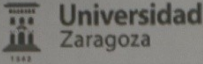
16. Ramona Lucas-Carrasco, Ken Laidlaw & Michael J. Power (2011) Adecuación de la WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD para adultos mayores españoles, *Envejecimiento & salud mental*, 15:5, 595-604, DOI: [10.1080/13607863.2010.548054](https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548054)
17. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chil*. 2011;139(5):579–86.
18. Leturia Arrazola FJ. El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999;34(2):105–12.
19. Daza A, Cindy V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu* .2015; 13(2), 152-182
20. Luesia F. MMA. Estrategia Atención Personas Mayores. 09/2018 https://www.aragon.es/documents/20127/2490005/Estrategia_atencion_personas_mayores2.pdf/789f9394-111c-55d2-0cd5-6b7379fef97c?t=1562834588080
21. Vitorino, Luciano Magalhães, Paskulin, Lisiane Manganelli Girardi y Vianna, Lucila Amaral Carneiro. Calidad de vida de los ancianos de la comunidad y en instituciones de larga estancia: estudio comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2013, v. 21, n. spe [Accedido 25 Mayo 2021] , pp. 3-11. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700002>>. Epub 01 Mar 2013. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700002>.
22. Gobbens, R.J.J., van Assen, M.A.L.M. La predicción de la calidad de vida por componentes físicos, psicológicos y sociales de la fragilidad en las personas mayores que viven en la comunidad. *Qual Life Res* 23, 2289–2300 (2014). <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0672-1>
23. Bowling, A., Seetai, S., Morris, R., & Ebrahim, S. (2007). Calidad de vida entre las personas mayores con mal funcionamiento. La influencia del control percibido sobre la vida. *Edad y crianza*, 36(3), 310–315.
24. Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Calidad de vida desde las perspectivas de las personas mayores. *Envejecimiento & Sociedad*, 24(5), 675–691.

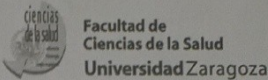
25. Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Calidad de vida relacionada con la salud entre los ancianos urbanos, rurales e insulares en Taiwán. *Diario de la Asociación Médica Formosana = Taiwán yizhi*. 2004 Mar;103(3):196-204.
26. Xavier, Flávio M F et al. Elderly people's definition of quality of life. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2003, v. 25, n. 1 [Accessed 25 May 2021] , pp. 31-39. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000100007>>. Epub 16 July 2003. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000100007>.
27. Kim, I.K., Kim, CS. Patrones de apoyo familiar y la calidad de vida de los ancianos. *Investigación de Indicadores Sociales* 62, 437-454 (2003). <https://doi.org/10.1023/A:1022617822399>
28. Marcela PetrováKafková, Actividades para abordar la calidad de vida entre las personas envejeciendo urbanas y rurales en la República Checa, *Manual de Envejecimiento Activo y Calidad de Vida*, 10.1007/978-3-030-58031-5_35, (573-591), (2021).
29. Fengler AP. Satisfacción de la vida de las subpoblaciones de ancianos: Los efectos comparativos del voluntariado, el empleo y la participación en el sitio de comidas. *Investigación sobre el Envejecimiento*. 1984;6(2):189-212. doi:[10.1177/0164027584006002003](https://doi.org/10.1177/0164027584006002003)
30. Verónica Cerina • FerdinandoFornara (2011) Los determinantes psicológicos de las actitudes hacia la reubicación en los ancianos: Un estudio de encuesta en entornos urbanos y rurales, *PsyEcology*, 2:3, 335-348, DOI: [10.1174/2171197179787744](https://doi.org/10.1174/2171197179787744)
31. Sandra S. Butler PhD & Lenard W. Kaye DSW (2004) Capítulo 1: Ruralidad, Envejecimiento y Trabajo Social, *Diario de la Obra Social Gerontológica*, 41:1-2, 2-18, DOI: [10.1300/J083v41n01_01](https://doi.org/10.1300/J083v41n01_01)
32. Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turquía). *Arco Gerontol Geriatr*. 2009;48(2):127-31.

33. Liu, L.J., Guo, Q. Soledad y calidad de vida relacionada con la salud para los ancianos nido vacíos en la zona rural de un condado montañoso en China. *Qual Life Res* 16, 1275–1280 (2007). <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9250-0>

34. Kim, H.K., Hisata, M., Kai, I. *et al.* Intercambio de apoyo social y calidad de vida entre los ancianos coreanos. *Revista de Gerontologsocial y calidad* 15, 331de Geronto). <https://doi.org/10.1023/A:1006765300028>

Anexo 1. Autorización de la propuesta de trabajo por la directora del TFM

 **Universidad Zaragoza**

 **Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER GERONTOLOGÍA SOCIAL

CURSO ACADÉMICO 2020-2021

PROPUESTA DE TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

TÍTULO: VALORACIÓN de la CALIDAD de vida en el ANCIANO RURAL ARAGONÉS

DATOS DEL ESTUDIANTE:

APELLIDOS: USÓN LUCEA NOMBRE: SONIA

TELÉFONO DE CONTACTO: 690.233871

CORREO ELECTRÓNICO: 615797@unizar.es

DATOS DEL DIRECTOR/A DEL TFM:

APELLIDOS: IGUACEL AZORIN NOMBRE: ISABEL

ASIGNATURA: TRABAJO FIN de MÁSTER

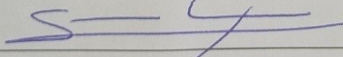
CORREO ELECTRÓNICO: iguacel@unizar.es

DATOS DEL CO-TUTOR DEL TFM (OPCIONAL):

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Alumn@:  (Firma)

ACEPTA/N la Dirección de este Trabajo Fin de Máster.

TUTOR/A: IGUACEL AZORIN Firmado digitalmente por IGUACEL AZORIN MARIA (Firma)
MARIA ISABEL -
25182690J ISABEL - 25182690J
Fecha: 2020.11.10
11:00:24 +01'00'

COTUTOR/A: _____ (Firma)

En Zaragoza, a ____ de _____ de 20____

Anexo 2. Dictamen favorable del CEICA



Informe Dictamen Favorable

C.P. - C.I. PI20/547

2 de diciembre de 2020

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 02/12/2020, Acta Nº 23/2020 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ANCIANO RURAL ARAGONÉS.

Investigadora Principal: Sonia Usón Lucea

Versión protocolo: v2, 21/11/2020

Versión documento de información y consentimiento: v2, 20/11/2020

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos y los documentos elaborados para la obtención del consentimiento.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del estudio.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS
MARIA - DNI
03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ
HINJOS MARIA - DNI
03857456B
Fecha: 2020.12.04
11:52:40 +01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo 3. Modelo de consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1

**Título del PROYECTO: _ VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA
EN EL ANCIANO RURAL ARAGONÉS _**

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

.....
.....

Se ha detallado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

.....

Anexo 4. Cronograma

Curso 20/21	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Elección tema investigación									
Propuesta a tutor									
Aceptación tutor									
Búsqueda material de investigación									
Desarrollo protocolo CEICA									
Aceptación colaboradores									
Realización trabajo cuestionarios									
Transcripción trabajo									
Deposito TFM									
Lectura TFM									



Anexo 3.1 de la publicación "Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco". Servicio Andaluz de Salud, 2010.



ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

WHOQOL-BREF

Versión adaptada de:

Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009.
http://www.llave.connmed.com.ar/porta/noticias_venoticia.php?codigonoticia=17621

Torres M, Quezada M; Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Rev Med Chile 2008; 136: 325-333.

Otras referencias de interés:

Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998

Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization 2004

Anexo 5. Cuestionario

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo:	Hombre	Mujer	
¿Cuándo nació?	Día	Mes	Año
¿Qué estudios tiene?	Ninguno Universitarios	Primarios	Medios
¿Cuál es su estado civil?	Soltero/a Divorciado/a	Separado/a En pareja	Casado/a Viudo/a
¿En la actualidad, está enfermo/a?	Sí	No	

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____
Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda