



ORIGINALES

Percepción de la salud entre los adultos mayores según estilo de vida y capacidad funcional

Health perception among older adults according to lifestyle and functional capacity

Alba Simón Melchor¹

María Luisa Jiménez Sesma²

Javier Solano Castán³

Lucía Simón Melchor⁴

Daniel Ferrer Sorolla⁵

Daniel Bordonaba Bosque⁶

¹ Enfermera del Centro de Salud de Calaceite, Teruel, España. Alba1986_7@hotmail.com

² Enfermera de Cardiología en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

³ Farmacéutico titular de la Farmacia Solano, Huesca, España.

⁴ Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Docente del Grado de Enfermería en la Universidad San Jorge. Zaragoza, España.

⁵ Médico de Familia, coordinador médico del Centro de Salud de Valderrobres, Teruel, España.

⁶ Técnico en Bioestadística en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Zaragoza. España.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.559401>

Recibido: 3/03/2023

Aceptado: 18/04/2023

RESUMEN:

Objetivos: Conocer la salud autopercebida, estilo de vida, capacidad funcional y relación existente entre ellas, en un grupo de adultos mayores de un centro de atención primaria rural.

Métodos: Estudio observacional transversal. Los participantes diligenciaron un cuestionario compuesto por datos sociodemográficos, clínicos, de apoyo sociofamiliar, ligados al COVID-19 y 5 escalas: MEDAS-1, RAPA, Barthel, SARC-F y SF-36. Las variables se analizaron mediante contrastes de hipótesis y coeficiente de Pearson, considerando la significación estadística con un $p < 0.05$.

Resultados: La muestra se conformó por 142 adultos mayores, con una edad media de 75.85 años. La mayoría estaban casados, tenían estudios primarios, no eran cuidadores, no tenían hábitos tóxicos, estaban polimedcados, tomaban psicofármacos y no padecían temor ante el COVID-19. La muestra presentó globalmente normopeso, el 48.6% demostró una adherencia alta a la Dieta Mediterránea (DM), el 35.9% eran moderadamente activos, el 54.9% indicaron tener independencia para las ABVD y el 75.4% mostraron bajo riesgo de sarcopenia. La percepción de la salud de la muestra fue inferior en la mayoría de las subescalas analizadas del SF-36 que la de la población de referencia, siendo inferior en mujeres y conforme avanza de la edad. Los adultos mayores con baja adhesión a la DM, sedentarios, dependientes y con sarcopenia mostraron inferior percepción de salud. Los participantes con baja adhesión a la DM eran más sedentarios y los más dependientes tenían más riesgo de sarcopenia.

Conclusiones: Un estilo de vida inadecuado y la limitación funcional reducen significativamente la auto percepción de la salud, debiendo intervenir para corregirlas.

Palabras clave: Adulto Mayor; Salud Autopercebida; Estilo de Vida Saludable; Capacidad Funcional; Sarcopenia.

ABSTRACT:

Objetivos: To know the self-perceived health, lifestyle, functional capacity and relationship between them, in a group of older adults from a rural primary healthcare center.

Methods: Cross-sectional observational study. The participants filled out a questionnaire made up of sociodemographic, clinical, socio-family support data, linked to COVID-19 and 5 scales: MEDAS-1, RAPA, Barthel, SARC-F and SF-36. The variables were analyzed through hypothesis contrasts and Pearson's coefficient, considering statistical significance with $p < 0.05$.

Results: The sample consisted of 142 older adults, with an average age of 75.85 years. Most of them were married, had primary education, were not caregivers, did not have toxic habits, were polymedicated, took psychotropic drugs, and were not afraid of COVID-19. The sample had a normal weight overall, 48.6% demonstrated high adherence to the Mediterranean Diet (MD), 35.9% were moderately active, 54.9% indicated independence for basic activities of daily living (BADL), and 75.4% showed low risk of sarcopenia. The sample's perception of health was lower in most of the SF-36 subscales analyzed than that of the reference population, being lower in women and with increasing age. Older adults with low adherence to MD, sedentary, dependent, and with sarcopenia showed a lower perception of health. Participants with low adherence to the MD were more sedentary and those who were more dependent had a higher risk of sarcopenia.

Conclusions: an inadequate lifestyle and functional limitation significantly reduce the self-perception of health, requiring intervention to correct them.

Key words: Aged; Self-Perceived Health; Healthy Life Style; Functional Capacity; Sarcopenia.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y estado actual del tema

El aumento de la esperanza de vida y las reducidas tasas de natalidad de muchos países están provocando un crecimiento acelerado del porcentaje de personas mayores^(1,2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará pasando de un 11% a un 22%^(1,2). El envejecimiento per sé implica cambios físicos, psíquicos o sociales, que unidos a cambios en el estilo de vida, se traducen en que una mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida^(1,2).

Actualmente se dispone de diferentes formas de medir el estado de salud de las personas; la “*salud probada*”, la “*salud observada*” y la “*percepción de la salud*”, la cual es referida por las propias personas, basada en sus conocimientos, creencias y expectativas personales⁽³⁾. Hoy día la percepción de la salud es considerada una medida simple, pero muy completa para poder evaluar la salud, siendo un indicador válido, relevante, único e inestimable del estado global de salud de una persona⁽³⁾.

Ha sido demostrado que la autopercepción de la salud constituye un buen predictor de la calidad de vida, bienestar y salud, además, en los adultos, es un importante predictor de la esperanza de vida, de la morbilidad y del uso de los servicios sanitarios^(4,5). Como reflejo de todo ello, diversos expertos y organismos como la OMS, recomiendan incluirla como indicador de salud en estudios y encuestas^(1,3,4).

Existe amplia evidencia en la literatura científica acerca de la relación entre la autopercepción de salud con una amplia gama de factores demográficos, de salud, socioeconómicos, psicosociales, etc.⁽³⁻⁷⁾. Las personas casadas, con niveles superiores de instrucción, con estatus económico más alto, con una óptima relación

familiar/social y sin comorbilidades suelen reportar una buena salud autoevaluada^(3,5-7), por el contrario, se ha visto que cuando se padecen enfermedades crónicas o discapacidad, la percepción de salud informada tiende a ser inferior^(3,5-9).

Por otro lado, se hace de especial interés mencionar la asociación encontrada por varios autores entre la salud percibida y los hábitos alimentarios, el ejercicio o el Índice de Masa Corporal (IMC), observándose que la obesidad, una dieta deficitaria o la inactividad física se asocian con un peor estado de salud autopercebido⁽⁴⁻⁸⁾.

Teniendo en cuenta que la percepción de la salud es un concepto multidimensional, se han diseñado para su evaluación diversos instrumentos⁽⁸⁻¹⁰⁾, siendo el Short-Form 36 Health Survey (SF-36) uno de los instrumentos validados más usados en España en base a sus buenas propiedades psicométricas, siendo bastante útil para evaluar la autopercepción de la salud en el adulto mayor de Atención Primaria⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Está bien establecido que una alimentación equilibrada es un elemento clave para lograr un envejecimiento saludable^(8,11), hoy día se sabe que la Dieta Mediterránea (DM) es el prototipo de dieta saludable: es variada, equilibrada y moderada^(4,8,11). Diversos estudios han evaluado la asociación entre la DM y el estado de salud, destacando entre ellos el ensayo PREDIMED-1, concluyendo que la DM se asocia con una reducción de la mortalidad, más esperanza de vida y mejor calidad de vida⁽¹²⁾, sin embargo, se ha objetivado que su adherencia entre la población mayor está disminuyendo, favoreciendo el desarrollo de las Enfermedades No transmisibles (ENT)⁽¹¹⁻¹³⁾. Dado el binomio DM-salud se han publicado diversos índices para evaluar su adherencia, como el MEDAS-17, test basado en otro ya validado de 14 ítems (PREDIMED-1) usado en el ensayo PREDIMED-PLUS, dicha versión agrega 3 ítems que reflejan la restricción calórica a aplicar a la DM para perder peso⁽¹³⁾.

Conjuntamente a la DM, la Actividad Física (AF) ha demostrado beneficios entre la población mayor: aumenta su esperanza de vida, reduce su mortalidad, mantiene su funcionamiento físico, traduciéndose en buena percepción de la salud^(8,11,12). A pesar de la evidencia a favor de la AF diversos organismos, como la OMS, informan de alarmantes tasas de sedentarismo entre la población Española geriátrica^(11,12). Debido a su relevancia, existen diversas escalas para medir el nivel de AF en los adultos mayores, siendo el Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) uno de los más usados por su alta sensibilidad, fiabilidad y especificidad demostradas⁽¹⁴⁾. La sarcopenia definida como la pérdida de masa y fuerza muscular, constituye un fenómeno significativo de la vejez, por el alto impacto que tiene en la calidad de vida^(15,16). Debido a sus repercusiones es esencial realizar un diagnóstico precoz, cabe señalar en dicho contexto el Rapid Screening tool for Sarcopenia (SARC-F), test aplicado en estudios para su detección debido a su alta fiabilidad del 80%^(15,16).

Durante la vejez, una “buena salud” es sinónimo de autonomía, constituyendo esta un componente esencial de la calidad de vida^(1,2). Sin embargo de forma inexorable conforme avanza la edad sucede cierto declinar en el estado funcional que conlleva varias consecuencias entre las que destacan la reducción de la autopercepción de la salud, como reflejo de ello diversos autores documentan que la percepción de la salud de las personas mayores con pérdidas funcionales es deficitaria^(3,5,16). La capacidad funcional se puede evaluar a través del grado de autonomía que posee la persona para realizar una serie de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), la bibliografía

actual expone diversas herramientas, siendo el Índice de Barthel (IB) una escala validada ampliamente usada en España, especialmente en Geriatría⁽¹⁷⁾.

Justificación y objetivos

Los adultos mayores son un grupo poblacional con un peso demográfico progresivo y con una importancia considerable en materia de política sanitaria, a causa de la elevada cantidad de recursos que precisan para su atención^(1,2). Concretamente la pérdida de su autonomía, el declive de su salud por cambios en su estilo de vida (sedentarismo, occidentalización de su dieta)^(11,12) y la merma de su percepción de la salud, son factores fuertemente ligados a un incremento del gasto sanitario^(11,12).

En consecuencia la evaluación de la autopercepción de la salud de los ancianos, cobra una importante relevancia, tanto desde el punto de vista clínico como de la gestión sanitaria, siendo de ayuda para los profesionales sanitarios de la Atención Primaria (AP), ya que el conocer la salud percibida de los adultos mayores de AP, pondrá de relieve sus necesidades de salud y preferencias, sirviendo de apoyo de cara a planificar servicios sanitarios^(18,19). Asimismo, conocer los factores ligados positivamente o negativamente con su autopercepción de la salud, podría ser un excelente punto de partida para diseñar estrategias adecuadas en dicho colectivo, desde la planificación táctica (programas) como estratégica (planes de salud)^(7,10).

Diversos autores han investigado sobre los factores asociados con la percepción de la salud en las personas de edad encontrando como variables a destacar las relaciones familiares/sociales, la salud general, la economía, vivienda o el estado funcional^(6,7), sin embargo, son escasos los artículos en los que se ha medido su relación con la adhesión a la DM, la sarcopenia o nivel de AF⁽¹⁵⁾, en consecuencia se ha decidido incluirlas en este estudio para mostrar sus efectos en la percepción de la salud, de forma que se intenta contribuir a llenar el vacío en la literatura sobre los impulsores de mala y/o buena salud percibida entre los adultos mayores de AP.

Revisando diversos trabajos sobre salud percibida se ha observado que la mayoría coinciden en evaluarla mediante el SF-36, por ello lo hemos aplicado, por otro lado, se han agregado 4 escalas validadas: IB, RAPA, SARC-F y MEDAS-17^(9,12,14), para profundizar en los factores ligados a la salud percibida entre los adultos mayores, no teniendo constancia de ningún estudio previo en los que hayan sido aplicados.

El motivo principal que nos ha impulsado a desarrollar nuestro estudio en el centro de Salud de Calaceite, es que en nuestro conocimiento no hay trabajos sobre salud autopercebida en adultos mayores cursados en el centro, ni en el Sector Sanitario de Alcañiz, ni en Aragón, siendo además escasos los trabajos sobre dicha temática en nuestro país: España. Por último, informar que este estudio puede servir como precedente para líneas futuras de investigación, puesto que medirá el impacto de variables poco estudiadas hasta el momento sobre la autopercepción de la salud, aspecto que resulta fundamental para diseñar a posteriori planes que la mejoren.

El objetivo del presente estudio ha sido conocer el estado de salud autopercebido, la adherencia a la DM, el nivel de AF, el grado de autonomía para las ABVD y la probabilidad de padecer sarcopenia, en una muestra de adultos mayores de 65 o más años de Atención Primaria (AP) rural, a través de la cumplimentación de un

cuestionario autoadministrado, online, anónimo y voluntario, además de evaluar la relación existente, si la hubiere, entre las diferentes variables recopiladas.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio, ámbito y población diana

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal. El centro objeto del trabajo ha sido el Centro de Salud (CS) de Calaceite, CS que pertenece al Sector Sanitario de Alcañiz, sector conformado por 12 Zonas Básicas de Salud (ZBS). La población diana del estudio ha sido la población de la ZBS de Calaceite, compuesta por 2946 habitantes (dato extraído del padrón del Instituto Nacional de Estadística).

Población de estudio, tamaño muestral y criterios de selección

Se calculó el tamaño muestral partiendo de 916 habitantes (población de estudio), que es la población de 65 o más años de la ZBS de Calaceite, dato consultado en la BDU del Gobierno de Aragón, siendo 195 sujetos la muestra representativa.

- Criterios de inclusión: se incluyeron en el estudio los pacientes de 65 o más años que pertenecían a la ZBS de Calaceite, que habían recibido y habían comprendido el documento informativo, que habían dado consentimiento informado por escrito y que no tenían deterioro cognitivo moderado o severo medido mediante Pfeiffer⁽¹⁸⁾.

Tipo de muestreo y estrategia de reclutamiento

El tipo de muestreo escogido ha sido el consecutivo, de forma que todo paciente de 65 o más años que acudió a consulta de enfermería y/o medicina y/o demandó atención domiciliaria en los meses de reclutamiento fue invitado a participar. Para incentivar la participación se colocaron carteles informativos del estudio por el CS.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Diversas variables con una asociación demostrada con la percepción de la salud fueron incluidas en el estudio⁽⁵⁻⁸⁾. Las variables fueron recogidas mediante un cuestionario "ad hoc" dentro del cual se incluyeron 5 escalas validadas: MEDAS-17, RAPA, IB, SARC-F y el SF-36. Se recopilaron 37 variables, agrupadas en 7 categorías: 3 variables sociodemográficas (edad, género y nivel de estudios), 6 variables de apoyo sociofamiliar (estado civil, suficiencia de ingresos, modalidad de convivencia, periodo de tiempo en soledad, cuidado principal de una persona dependiente y tiempo semanal dedicado al ocio), 10 variables clínicas (peso, talla, Índice de Masa Corporal/IMC, consumo de tabaco, alcohol, polifarmacia, número de fármacos consumidos al día, toma de psicofármacos, número de enfermedades crónicas y consumo de consultas), 3 variables ligadas al COVID-19 (infección por COVID-19, temor al coronavirus-19 y dificultad para dormir por preocupación de sufrir el COVID-19, evaluados mediante la Fear of Covid-19 Scale/FCV-19S o escala de miedo al Covid-19), 2 variables de estilo de vida (adherencia a la DM: evaluada mediante el MEDAS-17 y el nivel de AF: medida a través del RAPA), 2 variables de capacidad funcional (autonomía para las ABVD medida con el IB y riesgo de sufrir sarcopenia a través del SARC-F), variables de percepción de salud: evaluadas

haciendo uso de la versión española del SF-36, sus 36 ítems analizaron las 8 dimensiones de la salud percibida las cuales son detalladas a posteriori^(8,9).

Instrumentos utilizados para la recogida de datos

La herramienta metodológica empleada para alcanzar los objetivos formulados ha sido un cuestionario autoadministrado online, anónimo y voluntario, diseñado con Google Forms. Los datos obtenidos se volcaron a una base de datos en Excel, remitidas a Jamovi para su análisis estadístico. El cuestionario se conformó por 4 bloques: un primer bloque versaba sobre variables sociodemográficas, clínicas, apoyo sociofamiliar y ligadas al COVID-19, un segundo bloque para recopilar datos sobre el estilo de vida, conformado por el MEDAS-17 y RAPA^(4,13,14,19), un tercer bloque para recopilar información sobre la capacidad funcional, compuesto por el IB y el SARC-F⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ y un cuarto bloque para recoger información sobre la percepción de la salud, conformado por el cuestionario validado SF-36^(8-10,20-22).

- **MEDAS-17**: Sirvió para medir la adhesión a la DM. Sus 17 ítems hacen referencia al consumo de alimentos del patrón de la DM en cantidades adecuadas, al uso de técnicas culinarias y a la ingesta de vino⁽¹³⁾. El MEDAS-17 otorga 1 punto a cada ítem que refleja adhesión a la DM, oscilando su puntuación entre 0 y 17, siendo su valoración cualitativa la siguiente: baja adherencia a la DM: 0-6; adherencia baja-moderada: 7-8; adhesión moderada-alta: 9-10; adherencia alta: 11-17 puntos⁽¹³⁾.

- **RAPA**: Se utilizó para evaluar el nivel de AF. Se compone de 9 ítems, 7 miden si se sigue la recomendación de realizar 30 minutos o más al día de AF moderada, 5 o más días a la semana. Tiene un resultado de 1 a 7, si es menor de 6: el nivel de AF está debajo de lo recomendado, con las siguientes categorías: sedentario: 1 punto; poco activo: 2; moderadamente activo: 3-5 puntos; activo: 6-7 puntos⁽¹⁴⁾.

- **IB**: Se usó para valorar la capacidad de la persona para realizar 10 ABVD que se consideran esenciales, logrando una estimación de su grado de independencia⁽¹⁹⁾. Su puntuación oscila de 0 a 100 puntos. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida, siendo los puntos de corte: dependencia total: <20; severa: 20-45; moderada: 45-60; leve: 65-100; independencia: 100 puntos^(10,19).

- **SARC-F**: Sirvió para evaluar el riesgo de sarcopenia. Interroga sobre el grado de dificultad que tiene el adulto mayor para realizar 4 actividades funcionales (fuerza para cargar objetos, caminata, levantarse de una silla, subir escaleras) y considera el número de caídas sufridas por el sujeto durante el pasado año⁽¹⁹⁾. La puntuación final en la escala oscila de 0 a 10 puntos, donde el valor de corte establecido para definir el riesgo de sarcopenia es una puntuación igual o superior a 4 puntos⁽¹⁹⁾.

- **SF-36**: Fue usado para evaluar la autopercepción de la salud de la muestra, se seleccionó la versión española de *Alonso J et al.* la cual posee una elevada validez, reproductibilidad y utilidad para los ancianos⁽²⁰⁾. Dicho cuestionario posee 36 ítems que detectan aspectos positivos y negativos de la salud física y estado emocional. Sus respuestas son presentadas en una escala tipo Likert con diferente intensidad y frecuencia según cada ítem. Sus 36 ítems evalúan 8 dimensiones de la salud percibida: Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (V), Función Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM), adicionalmente incluye 1 ítem de Transición de Salud (TS) que valora cambios en el

estado de salud general respecto al año previo. Para cada dimensión del SF-36 los ítems se codificaron, agregaron y transformaron en rango de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud) según marca el algoritmo del SF-36^(8,9,20). Las 8 subescalas se agregaron en la Componente Sumario Física (PCS) y en la Componente Sumario Mental (MCS) usando para ello los valores normalizados ponderados publicados por *Alonso J et al.* (pesos españoles publicados para dichas componentes)^(9,23). La PCS agrupó las dimensiones FF, RF, DC, SG y la MCS agrupó la V, FS, RE y SM^(9,21,22). Las puntuaciones obtenidas en la muestra fueron comparadas con los valores poblacionales de referencia para la población Española adulta de > 60 años publicados por *López García E et al.* y los resultados de ambas componentes estandarizadas fueron comparadas con los valores de la población de referencia para población Española de la mano de *Vilagut G et al.*^(21,22).

Análisis estadístico

Para el análisis y el procesado de los datos recopilados en el estudio se han usado los programas Excel y Jamovi. Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos: las variables cualitativas se han presentado mediante la distribución de frecuencias de los porcentajes de cada categoría. Las variables cuantitativas fueron exploradas mediante la prueba de conformidad de Kolmogorov-Smirnov (prueba de bondad de ajuste a una distribución normal) y se han dado indicadores de tendencia central (media y mediana) e indicadores de dispersión (desviación estándar y percentiles). La asociación entre la autopercepción de la salud y las variables estudiadas se ha investigado mediante pruebas de contraste de hipótesis, con comparación de proporciones cuando ambas variables eran cualitativas (Chi cuadrado, prueba exacta de Fisher), con comparaciones de medias cuando una de las variables era cuantitativa (t de Student, ANOVA, y si no seguían distribución normal se ha usado el test de la U de Mann-Whitney o el de Kruskal-Wallis) y mediante correlaciones bivariadas (coeficiente de correlación de Pearson) cuando ambas variables eran cuantitativas. Los efectos se han considerado significativos si $p < 0,05$, y los valores de p han sido bilaterales. En el caso de múltiples comparaciones de proporciones se ha aplicado la corrección de Bonferroni al p-valor.

Consideraciones ético-legales

La aprobación ética del estudio fue otorgada por el Comité Ético de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA) reflejada en su acta nº 06/2022. En la fase inicial del presente estudio la investigadora principal solicitó por escrito autorización a los coordinadores del CS de Calaceite para poder aplicarlo a los pacientes del centro. En cumplimiento con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora del paciente se solicitó consentimiento informado a todos los pacientes reclutados. Además, acorde a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y según el Reglamento General de Protección de Datos, del 27 de abril de 2016, en ningún momento del estudio se cita el nombre de los participantes, ni se solicitaron sus datos identificativos quedando asegurada su confidencialidad.

RESULTADOS

Análisis descriptivo: variables sociodemográficas, de apoyo sociofamiliar, clínicas, ligadas al COVID-19, de estilo de vida y de capacidad funcional

- Variables sociodemográficas: La muestra estuvo conformada por un total de 142 adultos mayores, con una edad media de 75.85 años (SD: 10.20), con un rango de edad de 65 a 102 años. Respecto al género, un 59.2% (n=84) fueron mujeres. En relación a su nivel académico la mayoría dijeron poseer estudios primarios (71.8%).

- Variables de apoyo sociofamiliar: En relación al estado civil, la mayoría de sujetos estaban casados (57.7%). Respecto a su situación económica, un 59.2% indicaron que llegaban con dificultad a final de mes. Referente a su modalidad de convivencia el 45.8% de la muestra convivía con su pareja, en contraposición con el 21.1% que vivían solos, indicando la mayoría estar solos a ratos (45.1%), frente al 12.0% que afirmaron estar en soledad todo el día. En relación al cuidado de una persona dependiente, la gran mayoría de participantes indicaron no ser cuidadores (88.0%). Respecto a su tiempo semanal dedicado al ocio, prevalecieron los adultos mayores que afirmaron en la encuesta tener menos de 7 horas a la semana de ocio (28.9%).

- Variables clínicas: El IMC medio de los sujetos fue de 26.93 (SD: 3.56) indicativo de normopeso, muy próximo al límite del corte de sobrepeso para población mayor, estando un 48.6% de los sujetos dentro de las categorías de sobrepeso u obesidad. Respecto a los hábitos tóxicos, más de la mitad dijeron no haber fumado (54.2%) y no haber tomado alcohol (54.9%). Señalar que un 58.5% de los sujetos estaban polimedicados. Respecto a la toma de psicofármacos el 47.9% dijeron consumirlos, frente a un 47.2% que no los consumían. Más de la mitad de los sujetos padecían entre 1 y 2 o bien más de 2 enfermedades crónicas (68.3%), sin embargo, un 16.2% desconocía cuántas padecía. Referente al consumo de consultas, la muestra presentó una media de 9.03 (SD: 11.40) contactos con los profesionales de AP en el último año, por otro lado, los participantes dijeron acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) una media de 1.83 (SD: 3.31) veces durante el último año.

- Variables ligadas al COVID-19: Acorde a la infección por COVID-19, más de la mitad de los sujetos dijeron no haberlo padecido ni padecerlo actualmente (59.2%). En relación a la pregunta formulada sobre su miedo al COVID-19, las respuestas aportadas demuestran que más de la mitad de los encuestados (66.2%) afirmaron no tener mucho miedo al virus SARS-CoV-2. Referente a la pregunta acerca de si presentaban dificultades para dormir por preocupación de sufrir el coronavirus, la mayoría de los adultos mayores (77.5%) indicaron no padecer dicha dificultad.

- Variables de estilo de vida: La puntuación media obtenida por los encuestados en el MEDAS-17 fue de 10.39 (SD: 2.74) indicativa de adherencia moderada-alta a la DM. La catalogación de la adhesión a la DM seguida por los participantes demostró que la mayoría presentaban una adhesión alta al patrón de DM (48.6%), seguidos de un 28.2% que mostraron adherencia moderada-alta, frente al 8.5% de adultos mayores cuyo resultado en el MEDAS-17 indicó baja adherencia. Señalar que por género se detectaron diferencias estadísticamente significativas demostrando las mujeres una mayor adherencia a la de DM que los varones ($p=0.003$), sin embargo, por edad no se observaron diferencias estadísticamente significativas. En segundo lugar, según el

RAPA los sujetos globalmente demostraron ser moderadamente activos con una media de 3.43 (SD: 2.17). La catalogación del nivel de AF evaluado a través del RAPA demostró que la mayoría de los/as encuestados/as eran moderadamente activos (35.9%), frente a un 27.5% que eran sedentarios, cabe señalar que un 22.5% de los adultos mayores encuestados mostraron en dicha escala ser activos, cumpliendo por tanto con el nivel de AF recomendado.

- Variables de capacidad funcional: La puntuación media obtenida por los adultos mayores encuestados en el IB fue de 83.56 (SD: 29.41) indicativa de que tenían dependencia leve para realizar las ABVD. Tras realizar su catalogación, la mayoría de los participantes (54.9%) demostraron ser independientes, frente a sólo un 7.7% que tenían dependencia total para realizar las ABVD. Por otro lado, respecto al riesgo de sarcopenia, la puntuación media obtenida por la muestra en el SARC-F fue de 2.19 (SD: 2.78) indicativo de que tenían bajo riesgo de padecer sarcopenia. La catalogación del SARC-F demostró que la mayoría de los sujetos encuestados tenía baja probabilidad de presentar dicha afección (75.4%).

Análisis descriptivo: percepción de la salud de la muestra

- Variables percepción de la salud: Respecto a la autopercepción de la salud de los adultos mayores evaluada mediante el SF-36, señalar que los sujetos refirieron las puntuaciones más altas en las subescalas FS, RE y SM, y las más bajas en TS y PCS. En las subescalas RF, FS y RE se observó que el porcentaje de sujetos que responden tener una puntuación extrema (0 o 100) es mayor en general y también por género. Todas las subescalas presentaron un intervalo 0-100, destacar que la mediana superó la puntuación 50 en 6 de las 8 subescalas (FF, RF, DC, FS, RE y SM), lo que es indicativo de que el conjunto de la distribución se concentra en valores elevados de dichas subescalas. Por género, los valores medios del SF-36 fueron superiores en los varones que en las mujeres como sucede en la población de referencia, salvo en la PCS y MCS. La puntuación media en las 8 subescalas, en TS, en PCS y MCS fue inferior en la muestra que en la población de referencia, además los resultados por género reflejan que tanto las mujeres como los varones tuvieron puntuaciones inferiores en todas las subescalas que las observadas en la población de referencia. El valor medio obtenido de la PCS fue de 39.3 (SD: 11.2) y el de la MCS fue de 44.5 (SD: 11.9), situándose ambos valores por debajo de la población de referencia, sin embargo, las mujeres presentaron puntuaciones superiores que los varones. Señalar que se observaron puntuaciones menores en la PCS que en la MCS como sucede en la población de referencia^(21,22) (Tabla 1).

Tabla 1: Puntuación media del SF-36 de la muestra en global y por género.

Subescalas	Media (SD)	Mediana (IQR)	Intervalo	% p. máxima (100)	% p. mínima (0)
General					
FF	56.3 (31.8)	62.5 (53.8)	0-100	1.4	12.7
RF	53.7 (42.8)	75.0 (100.0)	0-100	33.8	33.1
DC	61.0 (25.9)	57.5 (40.6)	0-100	14.1	0.0
SG	43.3 (24.8)	45.00 (38.8)	0-100	0.0	4.9
V	51.7 (20.7)	50.00 (35.0)	0-100	1.4	0.7
FS	68.1 (27.3)	75.0 (37.5)	0-100	23.9	2.1

RE	64.3 (43.8)	100.0 (100.0)	0-100	54.2	28.2
SM	63.2 (17.6)	60.0 (30.0)	0-100	1.4	0.0
TS	36.9 (21.4)	50.0 (25.0)	0-100	1.4	12.7
PSC	39.3 (11.2)	41.3 (19.6)	0-100	0.0	0.0
MCS	44.5 (11.9)	47.1 (18.9)	0-100	0.0	0.0
Varones					
FF	57.0 (33.6)	67.5 (55.0)	0-100	3.4	12.1
RF	56.9 (43.9)	75.0 (100.0)	0-100	39.7	32.8
DC	63.7 (27.3)	67.5 (45.0)	0-100	17.2	0.0
SG	44.2 (25.5)	50.0 (42.5)	0-100	0.0	1.7
V	52.5 (23.9)	52.5 (35.0)	0-100	3.4	1.7
FS	69.6 (26.1)	75.0 (37.5)	0-100	24.1	0.0
RE	69.0 (44.1)	100.0 (100.0)	0-100	62.1	27.6
SM	66.6 (18.5)	68.0 (32.0)	0-100	3.4	0.0
TS	39.2 (23.9)	50.0 (25.0)	0-100	3.4	15.5
PSC	39.4 (11.5)	41.3 (20.0)	0-100	0.0	0.0
MCS	39.2 (11.1)	41.2 (19.0)	0-100	0.0	0.0
Mujeres					
FF	55.8 (30.7)	60.0 (36.3)	0-100	0.0	13.1
RF	51.5 (42.2)	75.0 (100.0)	0-100	29.8	33.3
DC	59.2 (24.9)	57.5 (43.1)	0-100	11.9	0.0
SG	42.7 (24.5)	45.0 (36.3)	0-100	0.0	7.1
V	51.1 (18.3)	50.0 (26.3)	0-100	0.0	0.0
FS	67.1 (28.2)	62.5 (37.5)	0-100	23.8	3.6
RE	61.1 (43.5)	66.7 (100.0)	0-100	48.8	28.6
SM	60.9 (16.7)	60.0 (28.0)	0-100	0.0	0.0
TS	35.4 (19.5)	25.0 (25.0)	0-100	0.0	10.7
PSC	46.1 (11.7)	49.6 (18.7)	0-100	0.0	0.0
MCS	43.4 (11.9)	45.9 (20.8)	0-100	0.0	0.0

% p. máxima: Porcentaje con puntuación máxima. % p. mínima: Porcentaje con puntuación mínima. SD: Desviación Estándar. IQR: Rango intercuartílico. PSC: Componente Sumario Física. MCS: Componente Sumario Mental.

En la Tabla 2 se aprecia que al aumentar la edad decrece la puntuación media en todas las subescalas como se observa en la población de referencia, salvo algunas excepciones, siendo el descenso mayor en las subescalas de FF y RF y el menor en SM y MCS^(22,23). En la subescala de FF la diferencia entre el grupo de más edad y el de menor edad fue de 57.9 puntos en los varones y de 55.6 en mujeres. En la subescala de RF las diferencias también fueron importantes: 29.2 y 40.6 puntos en varones y mujeres, respectivamente. Sin embargo, en la subescala de SM fue en la que se vieron menores diferencias, la diferencia entre el grupo más longevo y el menor fue de 5.8 puntos en mujeres, observándose incluso en varones un ascenso de 1 punto. Destacar que una diferencia de 5 puntos en cualquier subescala se considera clínica y socialmente relevante. Las puntuaciones medias de los varones y las mujeres participantes en el presente estudio en las 8 subescalas del SF-36, en TS y en los componentes sumarios fueron inferiores que las observadas en la población de referencia, salvo excepciones que se detallan en negrita, siendo más frecuentes en mujeres (FF, RF, DC, FS y PCS) que varones (DC, SM y MCS)^(21,22).

Tabla 2: Distribución puntuaciones SF-36 de la muestra por edad y género.

EDAD (años)	65-69 (n=57)		70-74 (n=17)		75-79 (n=21)		80-84 (n=15)		≥ 85 (n=32)	
GÉNERO	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
FF (Media)	76.2	77.1	67.0	70.0	57.1	57.5	46.3	32.1	18.3	21.50
RF (Media)	62.5	66.9	70.0	54.2	67.9	69.6	56.3	14.3	33.3	26.3
DC (Media)	67.1	66.9	58.5	56.3	84.3	66.6	55.9	42.9	51.5	49.5
SF (Media)	52.7	51.3	44.0	44.2	41.4	49.3	41.3	32.5	29.6	27.5
V (Media)	57.5	58.1	59.0	55.4	58.6	50.7	54.4	42.1	34.2	41.0
FS (Media)	75.0	73.8	62.50	67.7	78.6	77.7	71.9	55.4	54.2	53.1
RE (Media)	69.2	67.7	73.3	63.9	85.7	73.8	83.3	52.4	47.2	43.3
SM (Media)	63.7	63.0	60.8	62.0	76.0	61.7	74.5	58.9	64.7	57.2
TS (Media)	42.3	39.5	50.0	35.4	39.3	39.3	40.6	32.1	27.1	27.5
PCS (Media)	45.3	45.9	42.2	41.5	40.5	42.1	34.2	28.8	28.5	29.1
MCS (Media)	44.1	43.4	43.9	43.4	51.8	45.5	52.6	44.0	43.8	41.9

Resultados de las asociaciones con la autopercepción de la salud

- Asociación entre la salud autopercebida y la adherencia a la DM: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones del SF salvo FF, FS y PCS. La muestra con adhesión baja-moderada mostró las puntuaciones más altas en todas las subescalas salvo en la MCS, demostrando los sujetos con baja adhesión menores puntuaciones en todas las escalas del SF-36.

- Relación entre percepción de salud y nivel de AF: Los sujetos activos presentaron las mejores puntuaciones en las subescalas FF, RF, DC, SG, V, TS y PCS, y los participantes moderadamente activos mostraron mejores puntuaciones en FS, RE, SM y MCS. Por el contrario, los adultos sedentarios presentaron las puntuaciones inferiores en todas las dimensiones, especialmente en FF, RF, SG y TS. Señalar que se vieron diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas del SF-36, en TS, en PCS y MCS en función del nivel de AF ($p < 0.001$).

- Asociación entre la salud autopercebida y la autonomía para las ABVD: Al igual que en el RAPA se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones del SF-36 según la autonomía para realizar las ABVD. Los adultos mayores independientes mostraron las mejores puntuaciones, salvo en RE y MCS, mientras que los sujetos dependientes tuvieron menores puntuaciones.

- Relación entre la percepción de la salud y el riesgo de presentar sarcopenia: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas, en TS, PCS y MCS según el riesgo de sarcopenia. Los sujetos con baja probabilidad de sarcopenia demostraron puntuaciones superiores en todas las dimensiones del SF-36, observándose mayores diferencias en FF, RF, SG, FS y RE.

En los gráficos 1, 2, 3 y 4 se aprecia una mejor percepción de la salud en los sujetos con alta adherencia, activos, independientes y con bajo riesgo de sarcopenia.

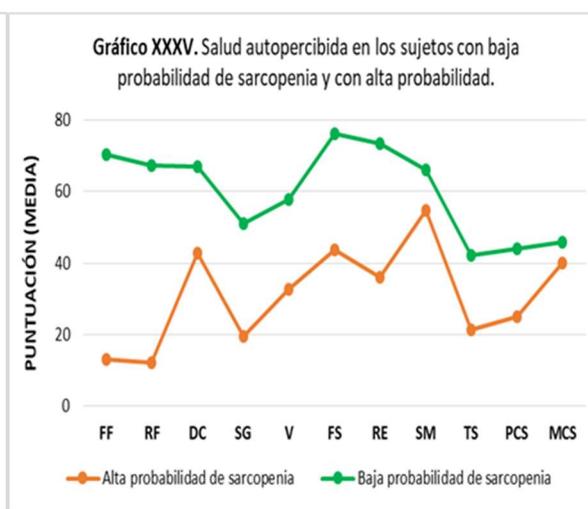
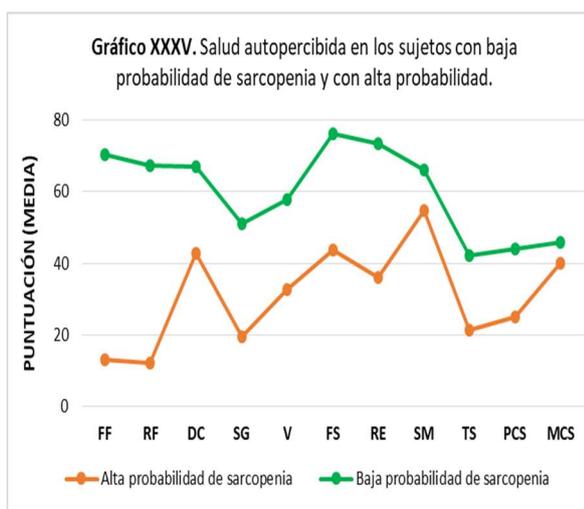
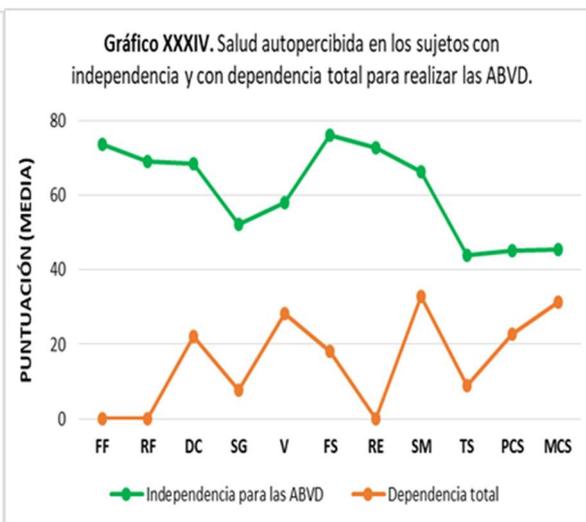
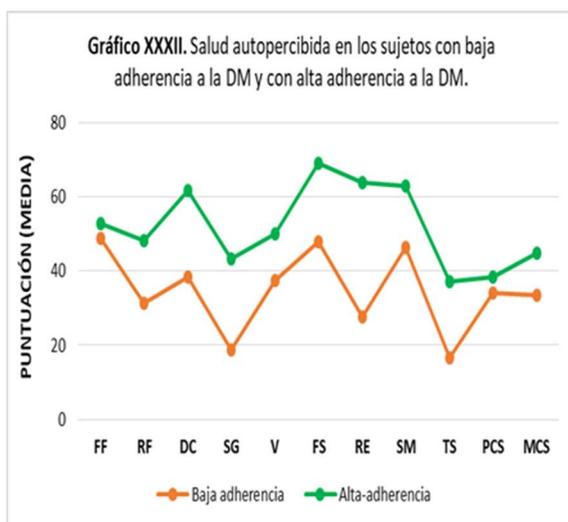


Tabla 3: Relación existente entre la adherencia a la DM y el nivel de AF.

Nivel de AF, n (%)	Adherencia a la DM, n (%)					p-valor
	Baja	Baja-moder	Moder-alta	Alta	Total	
Sedentario	6 (50.0)	3 (14.3)	10 (25.0)	20 (29.0)	39 (22.5)	0.021
Poco activo	4 (33.3)	4 (19.0)	4 (10.0)	8 (11.6)	20 (14.1)	
Moder. activo	2 (16.7)	8 (38.1)	11 (27.5)	30 (43.5)	51 (35.9)	
Activo	0 (0.0)	6 (28.6)	15 (37.5)	11 (15.9)	32 (22.5)	

Asociaciones entre adhesión a la DM, nivel de AF, sarcopenia y autonomía

- Asociación entre adhesión a la DM y el nivel de AF: la relación encontrada fue estadísticamente significativa ($p=0.021$). Los adultos participantes que tenían baja adherencia a la DM demostraron ser más sedentarios (50.0%) (Tabla 3).

Tabla 4: Relación existente entre la sarcopenia y la autonomía para las ABVD

Autonomía ABVD, n (%)	Riesgo de presentar sarcopenia, N (%)			p-valor
	Alta probabilidad	Baja probabilidad	Total	
	11 (31.4)	75 (0.0)	78 (7.7)	<0.001
	9 (25.7)	30 (0.9)	38 (7.0)	
	4 (11.4)	1 (0.9)	5 (3.5)	
	8 (22.9)	1 (28.0)	10 (26.8)	
	3 (8.6)	0 (70.1)	11 (54.9)	

DISCUSIÓN

El presente estudio ha sido cursado sobre una muestra de 142 adultos mayores pertenecientes a la ZBS de Calaceite. Respecto a la adherencia a la DM medida a través del MEDAS-17, su catalogación mostró una adhesión alta en la muestra, de forma similar a dos estudios cursados por *Tárraga et al.*, en adultos españoles donde se observó una adhesión moderada-alta, sin embargo, superior a la vista en otros trabajos, cómo el de *Álvarez et al.* desarrollado en 6874 adultos mayores españoles, el cual informó de una adhesión a la DM baja-moderada^(24,25). La mayor disponibilidad de recursos propios: frutas y verduras, presentes en los campos del entorno rural del que proceden los sujetos podría respaldar nuestros resultados.

En relación al nivel de AF evaluado en los participantes, hacer énfasis en que el grado de AF obtenido es superior al objetivado en investigaciones previas^(7,11,18).

Respecto a la buena autonomía de la muestra, es llamativa, dada su alta edad media (75.85 años) aspecto que podría ir ligado al tipo de reclutamiento utilizado. Referente a la sarcopenia, el SARC-F vislumbró un bajo riesgo de presentarla, siendo dicha frecuencia menor a la reportada en investigaciones previas^(18,19,26,27).

Referente a nuestro objetivo de “*evaluar la salud autopercebida mediante el SF-36*”, se puede considerar que la salud autopercebida de los participantes es baja, pues, comparando los valores medios de las subescalas del SF-36, además de TS, PCS y MCS, con los valores de la población de referencia, en todas ellas se obtuvo una puntuación inferior^(21,22). De dichas subescalas la mejor percepción se manifestó en la FS se forma similar a lo avalado en trabajos previos^(21,28), dicho resultado puede estar sustentado en que independientemente del estado de salud en el que se encontraban los sujetos analizados éste no obstaculizó de forma relevante el desempeño social con familia, amigos, vecinos,... reafirmando la importancia que le atribuyen los adultos mayores a su rol en la sociedad. De forma que consideramos que la FS debe ser una dimensión a tener en cuenta al diseñar planes para aumentar la calidad de vida en dicho sector poblacional⁽²⁴⁾. Por otro lado, destacar que la más baja percepción de salud fue evidenciada en la subescala SG seguida de la V, aspecto igualmente corroborado por diversos autores^(24,28) no siendo éste un hallazgo sorprendente debido a que en las personas mayores es común la acumulación de dolencias que contribuyen a que expresen baja percepción de salud, pues al manifestarla, tienen en cuenta su condición actual de salud (SG)⁽²⁸⁾. La baja autopercepción de SG es un dato a tener muy presente pues trabajos previos avalan que la SG negativa predice la mortalidad⁽²⁸⁾. Tras la FS, las dimensiones de RE y de SM, fueron en las obtuvimos mayores puntuaciones, resultados que concuerdan con diversas investigaciones

pasadas las cuales postulan que a partir de los 60 años la experiencia emocional negativa es menos frecuente, es decir, expresan más alegría o gratitud que tristeza^(8,24).

Los varones tuvieron puntuaciones mayores a las mujeres en todas las escalas del SF-36, aspecto que también coincide con estudios cursados en muestras de ancianos y en población general⁽²¹⁾. Siendo también coherente con la literatura existente en este campo, el que el descenso en las puntuaciones haya sido más acentuado en las escalas físicas y menos marcado en las mentales, datos que podrían reflejar la pérdida de capacidad funcional a raíz del envejecimiento⁽²¹⁾. Al analizar la autopercepción de la salud según el estilo de vida, nuestro estudio demostró que una menor adherencia a la DM se asociaba significativamente a una peor percepción de salud ($p < 0.05$) como reflejan estudios previos cursados la mayoría entre adolescentes^(4,8). Por otro lado, un nivel de AF acorde a las recomendaciones se asoció significativamente a una mejor salud autopercebida, detectando notables mejorías en las dimensiones de FF y RF, resultados en línea a lo avalado por otros autores⁽¹⁵⁾. Todo lo anterior, informa de la necesidad de mejorar el estilo de vida de nuestros mayores, para así mejorar su percepción de la salud. Tras evaluar la relación entre la autonomía para las ABVD y la salud autopercebida, se observó que una buena percepción de la salud estaba ligada a mayor independencia y viceversa, existiendo en la literatura investigaciones que corroboran también estos resultados⁽¹⁵⁾. Al analizar la sarcopenia vs percepción de salud este trabajo reflejó una salud percibida significativamente mejor entre los sujetos con bajo riesgo de padecer dicha afección, resultado que concuerda con otros estudios sobre la misma temática y en similar población⁽¹⁵⁾ reafirmando la importancia de su detección y su abordaje precoz⁽²⁷⁾. Con relación al objetivo: *“evaluar la relación entre adhesión a la DM y AF, y entre autonomía para las ABVD y sarcopenia”* nuestro trabajo relevó que una mayor adhesión a la DM se asoció significativamente con un mejor grado de AF y que un bajo riesgo de sarcopenia se relacionaba con mayor independencia, resultados avalados por otros autores⁽²⁷⁾ y esperables dada la limitación funcional que genera la sarcopenia^(15,19).

Limitaciones, fortalezas, sugerencias, futuras líneas e implicación práctica

La principal limitación del citado estudio es que, en base a su diseño transversal, no permite establecer relaciones causa-efecto, además la muestra se compuso por sujetos geriátricos de un CS, por lo que sus resultados no son extrapolables. Sin embargo, no fue diseñado para extrapolarse, sino para estudiar la influencia de variables sobre percepción de salud no investigadas hasta el momento por otros autores. En relación a sus puntos fuertes destacar que para recopilar los datos se usaron escalas validadas permitiendo interpretar los resultados adecuadamente y poder comparar con otras investigaciones. En base a las repercusiones que tiene una baja percepción de salud en ancianos nuestros resultados pueden ser un buen punto de partida para intentar: *“añadir vida a sus años, en vez de años a sus vidas”*.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que: la percepción de la salud de los adultos mayores encuestados es peor que la de la población de referencia, siendo dicha salud autopercebida más baja en el sexo femenino. Se ha visto que con el

avance de los años se reduce notablemente la percepción de la salud. El estilo de vida y los hábitos alimentarios de la muestra son saludables, puesto que presentan normopeso y globalmente demuestran una adherencia moderada-alta al patrón de DM, unido a un nivel de AF reflejo de ser moderadamente activos. A pesar de su longevidad, la capacidad funcional de la muestra está conservada ya que son independientes en la realización de las ABVD y presentan bajo riesgo de sarcopenia. El estudio vislumbra que la percepción de salud es significativamente mejor en los encuestados con un estilo de vida saludable y con buena capacidad funcional. Los mayores reclutados con alta adherencia al patrón mediterráneo demostraron significativamente mejor nivel de AF, de forma similar, los sujetos activos tuvieron de forma significativa menor probabilidad de padecer sarcopenia.

REFERENCIAS

1. Alvarado García AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25(2):57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
2. Martínez Pérez TJ, González Aragón CM, Castellón León G, González Aguiar B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Rev Finlay*. 2018 Feb;8(1):59-65. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf07108.pdf>
3. Bustos Vázquez E, Fernández Niño JA. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica*. 2017;37(1):92-103.
4. Barrios Vicedo R, Navarrete Muñoz EM, García de la Hera M, González Palacios S, Valera Gran D, Checa Sevilla JF, Giménez Monzo D, et al. Una menor adherencia a la dieta mediterránea se asocia a una peor salud auto-percibida en población universitaria. *Nutr Hosp*. 2015;31(2):785-792.
5. Arévalo Avecillas DX, Game Varas CI, Padilla Lozano CP. Calidad de vida en adultos mayores profesionales de Ecuador. *Rev Venez de Gerencia*. 2021;26(93):414-431. <https://www.redalyc.org/journal/290/29066223027/html/>
6. Cai J, Coyte PC, Zhao H. Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China. *Int J Equity Health*. 2017 Jan;16(1):7-27. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0496-4>
7. Rosales Rodríguez RC, García Díaz RC, Quiñones Macías E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *MEDISAN*. 2014 Ene;18(1):61-67. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n1/san09114.pdf>
8. Cartujo Redondo A, de Mateo Silleras B. Percepción de salud en función del estilo de vida en estudiantes universitarios [Trabajo Fin de Grado en Nutrición Humana y Dietética]. Valladolid: Uva: Facultad de Medicina; 2017:1-53.
9. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer Miralda G, Quintana JM, Santed R, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005 Abr;19(2):135-150. <https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf>
10. Mosquera Nogueira J, Rodríguez Mínguez E. La medición de la calidad de vida en Atención Primaria. *Cad Aten Primaria*. 2020;26(3):23-28.
11. López Trigo JA, Martínez Álvarez JR, Ramos Cordero P, Redondo del Río P, Carmina Martín A, de Mateos Silleras B, López Mongil R, et al. Guía de buena práctica clínica en Geriátrica: alimentación, nutrición e hidratación en adultos mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; 2015:1-56.
12. Zaragoza Martí A, Ferrer Cascales R, Cabañero Martínez MJ, Hurtado Sánchez JA, Laguna Pérez A. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado

- nutricional en personas mayores. *Nutr Hosp.* 2015 Abr;31(4):1667-1674. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n4/29originalancianos03.pdf>
13. Álvarez Álvarez I, Martínez González MA, Sánchez Tainta A, Corella D, et al. Dieta mediterránea hipocalórica y factores de riesgo cardiovascular: análisis transversal de PREDIMED-Plus. *Rev Esp Cardiol.* 2019 Nov;72(11):925-934.
 14. Pérez JC, Bustamante C, Campos S, Sánchez H, Beltrán A, Medina M. Validación de la Escala Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) en población chilena adulta consultora en Atención Primaria. *Aquichán.* 2015 Dic;15(4):486-498. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n4/v15n4a04.pdf>
 15. Casals C, Suárez Cadenas E, Estébanez Carvajal FM, Aguilar Trujillo MP, Jiménez Arcos MM, Vázquez Sánchez MA. Relación entre calidad de vida, actividad física, alimentación y control glucémico con la sarcopenia de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Nutr Hosp.* 2017 Oct;34(5):1198-1204.
 16. Parra Rodríguez L, Szlejf C, García González AI, Malmstrom TK, Cruz Arenas E, Rosas Carrasco O. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2016 Dec;17(12):1142-1146.
 17. Martínez Martín P, Fernández Mayoralas G, Frades Payo B, Rojo Pérez F, Petidier R, Rodríguez Rodríguez V, Forjaz MJ, et al. Validación de la Escala de Independencia Funcional. *Gac Sanit.* 2009 Ene-Feb;23(1):49-54. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.06.007>
 18. Documentos de consenso. Valoración nutricional en el anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición [Internet]. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE).
 19. Chavarro Carvajal DA, Alberto Heredia R. Escalas de uso frecuente en geriatría. Pontificia Universidad Javeriana Instituto de Envejecimiento:1-50.
 20. Alonso J, Prieto L, Antonio JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc).* 1995 May;104(20):771-776. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7783470/>
 21. López García E, Banegas JR, Pérez Regadera AG, Gutiérrez Fisac JL. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc).* 2003;120(15):568-573.
 22. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc).* 2008;130(19):726-736.
 23. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc).* 1998 Oct;111(11):410-416.
 24. Barceló Reyna R. Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés.* 2021;27:95-102. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/2021/anyes2021a13.pdf>
 25. Tárraga López PJ, Panisello Royo JM, Carbayo Herencia JA, Carro A, Rosich N, Panisello M, et al. Cambios observados en la adherencia a la dieta mediterránea en una población española durante el confinamiento debido a la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2. *Nutr Hosp.* 2021 Feb;38(1):109-120. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v38n1/0212-1611-nh-38-1-109.pdf>
 26. Patino Alonso MC, Recio Rodríguez JI, Magdalena Belio JF, Colominas Garrido R, Lema-Bartolomé J, Gómez Arranz A, et al; EVIDENT Group. Factors associated with

adherence to the Mediterranean diet in the adult population. J Acad Nutr Diet. 2014;114(4):583-589.

27. Guillamón Escudero C, Diago Galmés A, Tenías-Burillo JM, Soriano JM, Fernández-Garrido JJ. Prevalence of Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults in Valencia, Spain. Int J Environ Res Public Health. 2020 Dec;17(23):9130. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7730689/>

28. Etxeberria I, Urdaneta E, Galdona N. Factors associated with health-related quality of life (HRQoL): differential patterns depending on age. Qual Life Res. 2019 Aug;28(8):2221-2231.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia