

UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Facultad de Enfermería y Podología

DETECCIÓN PRECOZ DE RIESGO SOCIAL EN
PACIENTE HOSPITALIZADO: VALIDACIÓN DE
CUESTIONARIO Y RELACIÓN CON PATRONES
FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA.

Tesis Doctoral

Presentada por:
Raquel Valera Lloris

Dirigida por:
Dra. D^a. M^a Isabel Cabezudo de la Muela
Dr. D. Jose Manuel Tomás Miguel
Dr. D. Rafael Sales Orts

DRA. M^a ISABEL CABEZUDO DE LA MUELA, PROFESORA ASOCIADA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD JAIME I.

CERTIFICA QUE:

El trabajo de investigación presentado por Dña. RAQUEL VALERA LLORIS, titulado "Detección precoz de riesgo social en paciente hospitalizado, relación con Patrones de Gordon y percepción de calidad de vida". Realizado bajo mi dirección, reúne los requisitos científicos, metodológicos y de originalidad suficientes para ser defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal que legalmente proceda.

Y para que surta los efectos oportunos, se firma la presente en Valencia, a 1 de octubre de 2015.

Dra. M^a Isabel Cabezudo de la Muela

DR. JOSE MANUEL TOMÁS MIGUEL, CATEDRÁTICO EN EL DEPARTAMENT DE METODOLOGIA DE LES CIÈNCIES DEL COMPORTAMENT DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

CERTIFICA QUE:

El trabajo de investigación presentado por Dña. RAQUEL VALERA LLORIS, titulado "Detección precoz de riesgo social en paciente hospitalizado, relación con Patrones de Gordon y percepción de calidad de vida". Realizado bajo mi dirección, reúne los requisitos científicos, metodológicos y de originalidad suficientes para ser defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal que legalmente proceda.

Y para que surta los efectos oportunos, se firma la presente en Valencia, a 1 de octubre de 2015.

Dr. José Manuel Tomás Miguel

DR. RAFAEL SALES ORTS, PROFESOR TITULAR DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y PODOLOGIA, DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

CERTIFICA QUE:

El trabajo de investigación presentado por Dña. RAQUEL VALERA LLORIS, titulado " Detección precoz de riesgo social en paciente hospitalizado, relación con Patrones de Gordon y percepción de calidad de vida". Realizado bajo mi dirección, reúne los requisitos científicos, metodológicos y de originalidad suficientes para ser defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal que legalmente proceda.

Y para que surta los efectos oportunos, se firma la presente en Valencia, a 1 de octubre de 2015.

Dr. Rafael Sales Orts

TESIS DOCTORAL

DETECCIÓN PRECOZ DE RIESGO SOCIAL EN PACIENTE HOSPITALIZADO, RELACIÓN CON PATRONES DE GORDON Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y PODOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE VALENCIA

RAQUEL VALERA LLORIS

VALENCIA, 2015

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y PODOLOGÍA

DETECCIÓN PRECOZ DE RIESGO SOCIAL EN PACIENTE HOSPITALIZADO, RELACIÓN CON PATRONES DE GORDON Y PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

RAQUEL VALERA LLORIS

Dirigida por:

Dra. M^a ISABEL CABEZUDO DE LA MUELA

Dr. JOSE MANUEL TOMÁS MIGUEL

Dr. RAFAEL SALES ORTS

AGRADECIMIENTOS

Deseo transmitir mi más sincero agradecimientos a mis directores, la Doctora M^a Isabel Cabezudo de la Muela, el Doctor José Manuel Tomás Miguel y el Doctor Rafael Sales Orts, por todo el tiempo y el esfuerzo que han empleado en cada momento conmigo.

A la Doctora Cabezudo por su apoyo incondicional, su incansable ayuda y por ser, sin duda, mi gran compañera en este viaje.

Al Doctor Tomás por abrirme un poco más ese mundo complejo de la estadística, y que cada vez me gusta más.

Al Doctor Sales, por creer en mi proyecto y colaborar para, espero, poder aportar algún conocimiento, con nuestra tesis, al campo de la investigación de la enfermería.

Deseo agradecer también al Departamento de Manises, tanto al comité de investigación, como al departamento de sistemas, y a todas las personas que me han ayudado y permitido iniciar este proyecto.

Especial mención se merece Encarna Gómez González. Sin su ayuda y apoyo, estoy segura de que no habría logrado mi objetivo. GRACIAS.

No puedo olvidar a Borja, que ha soportado estoicamente todas las horas que no estaba en casa, mientras estaba en el hospital; el tiempo cara al ordenador. Y sobre todo, que me ha apoyado incondicionalmente, animándome en mis momentos de desánimo, y acompañándome en cada paso del camino.

A todos ellos, gracias de nuevo.

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

ABREVIATURAS	Pág. 33
0. RESUMEN	Pág. 35
Resumen.....	Pág. 36
Resum.....	Pág. 38
Thesys Summary.....	Pág. 40
1. INTRODUCCIÓN	Pág. 42
1.1 Análisis sociodemográficos	Pág. 46
1.1.1 Datos sociodemográficos nacionales.....	Pág. 46
A. Pirámides de población nacionales.....	Pág. 46
B. Índices sociodemográficos más relevantes.....	Pág. 48
1.1.2 Datos sociodemográficos de la provincia de Valencia.....	Pág. 51
A. Pirámides de población	Pág. 51
B. Índices sociodemográficos.....	Pág. 53
1.1.3 Datos sociodemográficos del Departamento de salud de Manises.....	Pág. 56
A. Pirámides de población	Pág. 56
B. Índices sociodemográficos.....	Pág. 58
1.1.4 Esperanza de vida y discapacidad.....	Pág. 60
1.2 Concepto de riesgo / vulnerabilidad social	Pág. 62
1.2.1 Factores de vulnerabilidad/riesgo social en personas mayores de 65 años.....	Pág. 62
1.2.2 Utilización de los servicios sanitarios.....	Pág. 64
1.2.3 La valoración social en el ambiente sanitario.....	Pág. 66
1.2.4 Escalas que miden riesgo social.....	Pág. 67
A. Escala Oars.....	Pág. 67
B. Escala de Gijón.....	Pág. 67
1.2.5 Diseño de una nueva escala de valoración de riesgo social.....	Pág. 68

1.3 Dependencia en personas mayores	Pág. 70
1.3.1 Apoyo familiar en pacientes mayores con dependencia y recursos económicos.....	Pág. 72
A. El cuidador no profesional.....	Pág. 73
1.4 Calidad de vida y salud	Pág. 75
1.4.1 Calidad de vida.....	Pág. 75
1.4.2. Felicidad y bienestar.....	Pág. 79
1.4.3 Calidad de vida relacionada con salud.....	Pág. 81
1.4.4 Calidad de vida en personas mayores de 65 años.....	Pág. 84
1.4.5. Diferencias de género.....	Pág. 85
1.4.6 Escalas que miden la calidad de vida.....	Pág. 86
1.5 Disciplina enfermera: modelos y teorías de enfermería	Pág. 89
1.5.1 Importancia de los modelos para el cuidado.....	Pág. 89
1.5.2 Conceptos nucleares de la Enfermería.....	Pág. 90
1.5.3 Modelos y teorías de enfermería.....	Pág. 92
1.5.4 Principales teóricas de la enfermería.....	Pág. 93
A. Virginia Henderson.....	Pág. 93
B. Dorotea Orem.....	Pág. 95
C. Hildelgard Peplau.....	Pág. 96
1.5.5 La valoración de enfermería.....	Pág. 97
A. Marjory Gordon.....	Pág. 98
A.1 Patrones funcionales.....	Pág. 99
2. HIPOTESIS DE TRABAJO	Pág. 104
3. OBJETIVOS	Pág. 106
4. MATERIAL Y MÉTODO	Pág. 108
4.1 Ámbito de estudio	Pág. 110

4.1.1 El Departamento de salud de Manises.....	Pág. 110
4.1.2 Algunos datos de pacientes hospitalizados en Manises y HACLE MISLATA.....	Pág. 113
4.2 Diseño del estudio.....	Pág. 116
4.3.Población y muestra	Pág. 117
4.3.1 Descripción de la muestra.....	Pág. 117
4.3.2 Criterios de inclusión.....	Pág. 117
4.3.3 Criterios de exclusión.....	Pág. 117
4.4 Variables.....	Pág. 119
4.4.1 Variables de estudio.....	Pág. 119
4.4.2 Variables sociodemográficas.....	Pág. 120
4. 5 Descripción de instrumentos utilizados.....	Pág. 121
4.5.1 SDRS.....	Pág. 121
4.5.2 Cuestionario de Baca y Ruiz.....	Pág. 123
4.5.3 Escala de salud SF-36.....	Pág. 124
4.5.4 Escala Gijón.....	Pág. 127
4.5.5 Variables sociodemográficas.....	Pág. 128
4.5.6 Variables relacionadas con diagnóstico y estado de salud.....	Pág. 130
4.5.7 Patrones funcionales de Gordon.....	Pág. 133
4.6 Análisis Estadísticos.....	Pág. 141
4.6.1 Validación del cuestionario.....	Pág. 142
4.7 Consideraciones éticas.....	Pág. 144
5.RESULTADOS.....	Pág. 145
5.1 Descriptivos de la muestra	Pág. 147
5.1.1 Variables sociodemográficas.....	Pág. 147

5.1.2 Datos relacionados con salud.....	Pág. 150
5.1.3 Valoración por patrones funcionales.....	Pág. 154
5.1.4 Valoración del riesgo social.....	Pág. 171
5.1.4.1 Escala Gijón.....	Pág. 171
5.1.4.2 SDRS.....	Pág. 174
5.1.5 Cuestionarios de calidad.....	Pág. 179
5.1.5.1 Baca y Ruiz.....	Pág. 179
5.1.5.2 SF-36.....	Pág. 198
5.2 Validación de la escala.....	Pág. 221
5.2.1 Validez factorial.....	Pág. 221
5.2.2 Fiabilidad.....	Pág. 223
5.2.3 Validez referida al criterio.....	Pág. 224
5.3 Resultados de relación entre variables.....	Pág. 226
5.3.1 Riesgo social y variables sociodemográficas.....	Pág. 226
5.3.2 Riesgo social y datos de salud.....	Pág. 232
5.3.3 Riesgo social y Patrones Funcionales.....	Pág. 236
5.3.4 Riesgo social y calidad de vida.....	Pág. 247
5.3.4.1 Baca y Ruiz.....	Pág. 247
5.3.4.2 SF-36.....	Pág. 253
6. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES.....	Pág. 258
6.1 Limitaciones del estudio.....	Pág. 263
7. CONCLUSIONES.....	Pág. 264
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 268
9. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	Pág. 282
10. ANEXOS.....	Pág. 285
ANEXO I:	

ESCALA OARS.....Pág. 288

ANEXO II:

ESCALA GIJÓN.....Pág. 290

ANEXO III:

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS.....Pág. 292

ANEXO IV:

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE BACA Y RUIZ.....Pág. 301

ANEXO V:

ESCALA DE SALUD SF-36.....Pág. 304

ANEXO VI:

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTIC.....Pág. 308

ANEXO VII:

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE.....Pág. 309

ANEXO VIII:

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....Pág. 310

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Índice de envejecimiento nacional.....	Pág. 48
Tabla 2. Índice de longevidad nacional.....	Pág. 49
Tabla 3. Tasa de dependencia mayores de 64 años nacional.....	Pág. 50
Tabla 4. Índice de envejecimiento de Valencia.....	Pág. 53
Tabla 5. Índice de longevidad en provincia de Valencia.....	Pág. 54
Tabla 6. Tabla de dependencia de mayores de 64 años-Valencia.....	Pág. 55
Tabla 7. Índice de envejecimiento- Departamento Manises.....	Pág. 58
Tabla 8. Índice de longevidad Departamento de Manises.....	Pág. 59
Tabla 9. Tasa de dependencia de mayores de 64 años Departamento de Manises.....	Pág. 60
Tabla 10. Categorías de SDRS.....	Pág. 121
Tabla 11. Resultados dimensión social. "SDRS".....	Pág. 122
Tabla 12. Resultados de "dimensión clínica" (SDRS).....	Pág. 123
Tabla 13. Interpretación de puntuaciones de SF-36.....	Pág. 126
Tabla 14. Resultados Escala Gijón.....	Pág. 127
Tabla 15. Tabla de frecuencias y porcentajes-intervalos de edad....	Pág. 147
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de edad.....	Pág. 148
Tabla 17. Frecuencias y porcentajes de la variable sexo.....	Pág. 148
Tabla 18. Frecuencias y porcentajes-Estado civil.....	Pág. 148
Tabla 19. Frecuencias y porcentajes - Nivel de estudios.....	Pág. 149
Tabla 20. Frecuencias y porcentajes de las categorías del Nivel socioeconómico de los participantes.....	Pág. 149

Tabla 21. Frecuencias y porcentajes de ingresos económicos de la Unidad Familiar.....	Pág. 150
Tabla 22. Frecuencias y porcentajes - Servicio de ingreso.....	Pág. 151
Tabla 23. Frecuencias y porcentajes - especialidad de ingreso.....	Pág. 151
Tabla 24. Frecuencias y porcentajes para la variable Principales alteraciones.....	Pág. 152
Tabla 25. Tablas y frecuencias de variable Motivo de ingreso.....	Pág. 153
Tabla 26. Estadísticos descriptivos-frecuentación de urgencias.....	Pág. 154
Tabla 27. Frecuencias y porcentajes de variable Valoración de la salud percibida.....	Pág. 154
Tabla 28. Frecuencias y porcentajes de la variable Salud percibida: frecuencias de alterados.....	Pág. 155
Tabla 29. Frecuencias y porcentajes para las categorías de úlceras por presión.....	Pág. 155
Tabla 30. Frecuencias y porcentajes- úlceras vasculares.....	Pág. 156
Tabla 31. Tablas y frecuencias de presencia de dolor.....	Pág. 156
Tabla 32. Porcentajes y frecuencias de escala analógica de dolor..	Pág. 156
Tabla 33. Estadísticos descriptivos de escala analógica de dolor...	Pág. 157
Tabla 34. Frecuencias y porcentajes - sonda enteral.....	Pág. 157
Tabla 35. Porcentajes y frecuencias - tipo de sonda.....	Pág. 157
Tabla 36. Frecuencias y porcentajes - Incontinencia urinaria.....	Pág. 158
Tabla 37. Frecuencias y porcentajes - retención urinaria.....	Pág. 158
Tabla 38. Frecuencias y porcentajes de hematuria.....	Pág. 158
Tabla 39. Frecuencia y porcentaje de sonda vesical.....	Pág. 159

Tabla 40. Frecuencias y porcentajes de incontinencia fecal.....	Pág. 159
Tabla 41. Porcentajes y frecuencias de estreñimiento.....	Pág. 160
Tabla 42. Frecuencias y porcentajes - fecaloma.....	Pág. 160
Tabla 43. Frecuencia y porcentajes - ostomías.....	Pág. 160
Tabla 44. Frecuencias y porcentajes de disnea.....	Pág. 161
Tabla 45. Frecuencias y porcentajes - tos.....	Pág. 161
Tabla 46. Porcentajes y frecuencias - hemoptisis.....	Pág. 162
Tabla 47. Porcentajes y frecuencias de sistema de ayuda.....	Pág. 162
Tabla 48. Frecuencias y porcentajes de variable movilidad.....	Pág. 162
Tabla 49. Porcentajes y frecuencias de variable insomnio.....	Pág. 163
Tabla 50. Frecuencias y porcentajes de horas de sueño.....	Pág. 163
Tabla 51. Estadísticos descriptivos de horas de sueño.....	Pág. 164
Tabla 52. Frecuencias y porcentajes de medicación para dormir....	Pág. 164
Tabla 53. Porcentajes y frecuencias de alteraciones de la vista.....	Pág. 165
Tabla 54. Frecuencias y porcentajes de alteración del oído.....	Pág. 165
Tabla 55. Frecuencias y porcentajes de alteraciones del olfato.....	Pág. 165
Tabla 56. Frecuencias y porcentajes de alteración del gusto.....	Pág. 166
Tabla 57. Frecuencias y porcentajes de confusión.....	Pág. 166
Tabla 58. Frecuencias y porcentajes de ansiedad.....	Pág. 166
Tabla 59. Frecuencias y porcentajes de depresión.....	Pág. 167
Tabla 60. Frecuencias y porcentajes de agitación.....	Pág. 167
Tabla 61. Frecuencias y porcentajes de desorientación.....	Pág. 167

Tabla 62. Frecuencias y porcentajes de estado nervioso.....	Pág. 168
Tabla 63. Frecuencias y porcentajes-personas del U.F.....	Pág. 168
Tabla 64. Estadísticos descriptivos de miembros de U.F.....	Pág. 169
Tabla 65. Frecuencias y porcentajes de cuidador principal.....	Pág. 169
Tabla 66. Frecuencias y porcentajes Satisfacción con vida social...Pág.	169
Tabla 67. Frecuencias y porcentajes de alteraciones urológicas.....	Pág. 170
Tabla 68. Frecuencias y porcentajes de situación de estrés.....	Pág. 170
Tabla 69. Frecuencias y porcentajes de satisfacción de vida.....	Pág. 171
Tabla 70. Frecuencias y porcentajes de resultados de E. Gijón.....	Pág. 171
Tabla 71. Estadísticos descriptivos de Escala Gijón.....	Pág. 172
Tabla 72. Frecuencias y porcentajes de situación familiar (Gijón)....	Pág. 172
Tabla 73. Frecuencias y porcentajes de sit. económica (Gijón).....	Pág. 172
Tabla 74. Frecuencias y porcentajes- estado de vivienda (Gijón)...	Pág. 173
Tabla 75. Frecuencias y porcentajes-relaciones sociales (Gijón).....	Pág. 173
Tabla 76. Frecuencias y porcentajes-apoyos de red social (Gijón)..	Pág. 174
Tabla 77. Frecuencias y porcentajes- dimensión clínica (SDRS).....	Pág. 174
Tabla 78. Frecuencias y porcentajes de vive solo (SDRS).....	Pág. 175
Tabla 79. Frecuencias y porcentajes de actividad de ocio (SDRS)..	Pág. 175
Tabla 80. Frecuencias y porcentajes-dependencia ABVD (SDRS). Pág	175
Tabla 81. Frecuencias y porcentajes-ayuda en transferencias (SDRS).	Pág. 176
Tabla 82. Frecuencias y porcentajes de alteración cognitiva / mental (SDRS).....	Pág. 176

Tabla 83. Frecuencias y porcentajes- problemas salud (SDRS).....	Pág. 176
Tabla 84. Frecuencias y porcentajes-problemas ansiedad (SDRS).	Pág. 177
Tabla 85. Frecuencias y porcentajes dimensión social (SDRS).....	Pág. 177
Tabla 86. Frecuencias y porcentajes-vive con familia / amigos (SDRS).....	Pág. 177
Tabla 87. Frecuencias y porcentajes de variable ingresos económicos propios (SDRS).....	Pág. 178
Tabla 88. Frecuencias y porcentajes-apoyo familiar / social (SDRS).....	Pág. 178
Tabla 89. Frecuencias y porcentajes para categorías de vivienda propia (SDRS).....	Pág. 178
Tabla 90. Frecuencias y porcentajes de vivienda (SDRS).....	Pág. 179
Tabla 91. Estadísticos descriptivos Baca y Ruiz.....	Pág. 179
Tabla 92. Estadísticos descriptivos de la dimensión de apoyo social (Baca y Ruiz).....	Pág. 180
Tabla 93. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "la vida le va dando lo que espera" (Baca y Ruiz).....	Pág. 180
Tabla 94. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "relaciones satisfactorias" (Baca y Ruiz).....	Pág. 181
Tabla 95. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "siente que le quieren" (Baca y Ruiz).....	Pág. 181
Tabla 96. Frecuencias y porcentajes de pregunta "Buenas relaciones con su familia" (Baca y Ruiz).....	Pág. 182
Tabla 97. Frecuencias y porcentajes de pregunta "amigos con los que contar" (Baca y Ruiz).....	Pág. 182

Tabla 98. Frecuencia y porcentaje de pregunta "a quien recurrir" (Baca y Ruiz).....	Pág. 183
Tabla 99. Frecuencias y porcentajes de pregunta "desearía tener relaciones sexuales más satisfactorias" (Baca y Ruiz).....	Pág. 183
Tabla 100. Frecuencias y porcentajes de pregunta "con quien compartir tiempo o aficiones" (Baca y Ruiz).....	Pág. 184
Tabla 101. Frecuencias y porcentajes de pregunta "está satisfecho con los amigos que tiene" (Baca y Ruiz).....	Pág. 184
Tabla 102. Estadísticos descriptivos de la dimensión satisfacción general (Baca y Ruiz).....	Pág. 185
Tabla 103. Frecuencias y porcentajes de pregunta "disfruta con el trabajo que realiza" (Baca y Ruiz).....	Pág. 185
Tabla 104. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "está contento con la manera que realiza su trabajo" (Baca y Ruiz).....	Pág. 186
Tabla 105. Frecuencias y porcentajes de de pregunta "tiempo libre" (Baca y Ruiz).....	Pág. 186
Tabla 106. Frecuencias y porcentajes de pregunta "está contento con su ambiente de trabajo" (Baca y Ruiz).....	Pág. 187
Tabla 107. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "disfrutar del tiempo libre" (Baca y Ruiz).....	Pág. 187
Tabla 108. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "cansado al finalizar su jornada laboral" (Baca y Ruiz).....	Pág. 188
Tabla 109. Frecuencias y porcentajes de pregunta "estado de tensión por el trabajo" (Baca y Ruiz).....	Pág. 188
Tabla 110. Frecuencias y porcentajes de pregunta "le desborda en la actualidad su trabajo" (Baca y Ruiz).....	Pág. 189

Tabla 111. Frecuencias y porcentajes de pregunta "se siente fracasado" (Baca y Ruiz).....	Pág. 189
Tabla 112. Frecuencias y porcentajes de pregunta "satisfacción con vida social" (Baca y Ruiz).....	Pág. 190
Tabla 113. Frecuencias y porcentajes de la pregunta " considera interesante su vida" (Baca y Ruiz).....	Pág. 190
Tabla 114. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "satisfacción con el dinero" (Baca y Ruiz).....	Pág. 191
Tabla 115. Frecuencias y porcentajes de pregunta "satisfecho con su forma de ser" (Baca y Ruiz).....	Pág. 191
Tabla 116. Estadísticos descriptivos de la dimensión bienestar físico / psicológico (Baca y Ruiz).....	Pág. 191
Tabla 117. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "se siente con buena salud" (Baca y Ruiz).....	Pág. 192
Tabla 118. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "energía para su vida diaria" (Baca y Ruiz).....	Pág. 192
Tabla 119. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "se siente inquieto o angustiado" (Baca y Ruiz).....	Pág. 193
Tabla 120. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "preocupaciones que dificultan conciliar el sueño" (Baca y Ruiz).....	Pág. 193
Tabla 121. Frecuencias y porcentajes -"insomnio" (Baca y Ruiz)....	Pág. 194
Tabla 122. Frecuencias y porcentajes de pregunta "se siente cansado" (Baca y Ruiz).....	Pág. 194
Tabla 123. Frecuencias y porcentajes de pregunta "satisfecho con actual estado de salud" (Baca y Ruiz).....	Pág. 195
Tabla 124. Estadísticos descriptivos de dimensión ausencia de sobrecarga / tiempo libre (Baca y Ruiz).....	Pág. 195

Tabla 125. Frecuencias y porcentajes de pregunta "va alcanzando lo que se propone" (Baca y Ruiz).....	Pág. 196
Tabla 126. Frecuencias y porcentajes de pregunta "conseguir las cosas que desea" (Baca y Ruiz).....	Pág. 196
Tabla 127. Frecuencias y porcentajes de pregunta "tiempo para relajarse" (Baca y Ruiz).....	Pág. 197
Tabla 128. Frecuencias y porcentajes de pregunta " posibilidad de desarrollar aficiones" (Baca y Ruiz).....	Pág. 197
Tabla 129. Frecuencias y porcentajes de pregunta "considera agradable la vida que tiene" (Baca y Ruiz).....	Pág. 198
Tabla 130. Frecuencias y porcentajes de pregunta "satisfecho con la vida que hace" (Baca y Ruiz).....	Pág. 198
Tabla 131. Frecuencias y porcentajes-estado de salud (SF-36).....	Pág. 199
Tabla 132. Frecuencias y porcentajes de salud comparada con hace un año (SF-36).....	Pág. 199
Tabla 133. Estadísticos descriptivos de CSF (SF-36).....	Pág. 199
Tabla 134. Estadísticos Descriptivos-Función física -CSF (SF-36)..	Pág. 200
Tabla 135. Frecuencias y porcentajes "limitación para hacer esfuerzos intensos" (SF-36).....	Pág. 200
Tabla 136. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación de esfuerzos moderados" (SF-36).....	Pág. 201
Tabla 137. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para coger bolsa de la compra" (SF-36).....	Pág. 201
Tabla 138. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para subir varios pisos por escalera" (SF-36).....	Pág. 202

Tabla 139. Frecuencias y porcentajes de pregunta "subir un solo piso por la escalera" (SF-36).....	Pág. 202
Tabla 140. Frecuencia y porcentaje de pregunta "limitación para agacharse o arrodillarse" (SF-36).....	Pág. 202
Tabla 141. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para caminar un kilómetro o más" (SF-36).....	Pág. 203
Tabla 142. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para caminar varias manzanas" (SF-36).....	Pág. 203
Tabla 143. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para caminar una sola manzana" (SF-36).....	Pág. 204
Tabla 144. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para bañarse o vestirse" (SF-36).....	Pág. 204
Tabla 145. Estadísticos descriptivos de rol físico en CSF (SF-36)...	Pág. 205
Tabla 146. Frecuencias y porcentajes de pregunta "reducir el tiempo a trabajo o actividades cotidianas" (SF-36).....	Pág. 205
Tabla 147. Frecuencias y porcentajes de pregunta "Menos actividad de la deseada" (SF-36).....	Pág. 205
Tabla 148. Frecuencias y porcentajes de pregunta "disminución de actividades cotidianas" (SF-36).....	Pág. 206
Tabla 149. Frecuencia y porcentaje de pregunta "dificultad para hacer actividades cotidianas" (SF-36).....	Pág. 206
Tabla 150. Estadísticos descriptivos-dolor corporal-CSF (SF-36)....	Pág. 207
Tabla 151. Frecuencias y porcentajes - "dolor" (SF-36).....	Pág. 207
Tabla 152. Frecuencias y porcentajes de pregunta "dificultad en el trabajo habitual por el dolor" (SF-36).....	Pág. 208
Tabla 153. Estadísticos descriptivo- salud general-CSF (SF-36).....	Pág. 208

Tabla 154. Frecuencias y porcentajes de pregunta "me pongo enfermo más fácilmente" (SF-36).....	Pág. 209
Tabla 155. Frecuencias y porcentajes Frecuencias de pregunta "estoy tan sano como cualquiera" (SF-36).....	Pág. 209
Tabla 156. Frecuencias y porcentajes de pregunta "mi salud va a empeorar" (SF-36).....	Pág. 210
Tabla 157. Frecuencias y porcentajes de pregunta "mi salud es excelente" (SF-36).....	Pág. 210
Tabla 158. Estadísticos descriptivos de CSM (SF-36).....	Pág. 211
Tabla 159. Estadísticos descriptivos vitalidad en CSM (SF-36).....	Pág. 211
Tabla 160. Frecuencias y porcentajes de pregunta "tiempo lleno de vitalidad" (SF-36).....	Pág. 212
Tabla 161. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo tuvo energía" (SF-36).....	Pág. 212
Tabla 162. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo se sintió agotado" (SF-36).....	Pág. 213
Tabla 163. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo se sintió cansado" (SF-36).....	Pág. 213
Tabla 164. Estadísticos descriptivos-función social-CSM (SF-36)...	Pág. 214
Tabla 165. Frecuencias y porcentajes de pregunta "dificultad de actividades sociales por problema emocionales" (SF-36).....	Pág. 214
Tabla 166. Frecuencias y porcentajes-"dificultad de actividades sociales por salud física o problemas emocionales" (SF-36).....	Pág. 215
Tabla 167. Estadísticos descriptivos rol emocional -CSM (SF-36)...	Pág. 215
Tabla 168. Frecuencias y porcentajes de pregunta "reducción de tiempo en trabajo" (SF-36).....	Pág. 216

Tabla 169. Frecuencias y porcentajes de pregunta "menos actividad por problemas emocionales" (SF-36).....	Pág. 216
Tabla 170. Frecuencias y porcentajes de pregunta "descuido en sus actividades" (SF-36).....	Pág. 217
Tabla 171. Estadísticos descriptivos- salud mental-CSM (SF-36)....	Pág. 217
Tabla 172. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo estuvo muy nervioso" (SF-36).....	Pág. 218
Tabla 173. Frecuencias y porcentajes-"bajo de moral" (SF-36).....	Pág. 218
Tabla 174. Frecuencias y porcentajes de pregunta "tiempo que se sintió calmado y tranquilo" (SF-36).....	Pág. 219
Tabla 175. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo se sintió desanimado y triste" (SF-36).....	Pág. 219
Tabla 176. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo se sintió feliz" (SF-36).....	Pág. 220
Tabla 177. Indicadores, saturación factorial y dimensión a la que pertenecen categorías de SDRS.....	Pág. 222
Tabla 178. Estadísticos de correlación de Pearson entre las dos dimensiones de la SDRS y la escala de Gijón.....	Pág. 224
Tabla 179. Correlación de Pearson. (SDRS y Gijón).....	Pág. 225
Tabla 180. Relación edad y dimensiones de SDRS.....	Pág. 226
Tabla 181. Estadísticos descriptivos por sexos-dimensiones SDRS.....	Pág. 227
Tabla 182. Pruebas <i>t</i> de comparación entre sexos y dimensiones de SDRS.....	Pág. 227
Tabla 183. Estadísticos descriptivos de estado civil en la dimensión clínica (SDRS).....	Pág. 228

Tabla 184. Estadísticos ANOVA: estado civil y dimensión clínica (SDRS).....	Pág. 228
Tabla 185. Estadísticos descriptivos de la variable estado civil en la dimensión social de la SDRS.....	Pág. 229
Tabla 186. Análisis de varianza entre estado civil y dimensión social (SDRS).....	Pág. 229
Tabla 187. Estadísticos descriptivos de variable nivel de estudios en dimensión clínica (SDRS).....	Pág. 230
Tabla 188. Estadísticos descriptivos de nivel de estudios en dimensión social (SDRS).....	Pág. 230
Tabla 189. Correlación de Pearson de nivel socioeconómico y dimensiones de SDRS.....	Pág. 231
Tabla 190. Correlación de Pearson del nivel socioeconómico de la unidad familiar con las dimensiones de SDRS.....	Pág. 232
Tabla 191. Medias y desviación típica de la dimensión clínica (SDRS) en función del servicio de ingreso.....	Pág. 232
Tabla 192. Prueba post-hoc de comparación por servicio de ingreso en la dimensión clínica. (SDRS).....	Pág. 233
Tabla 193. ANOVA de componente social (SDRS) y servicio de ingreso.....	Pág. 233
Tabla 194. Estadísticos descriptivos de diagnóstico en dimensión clínica (SDRS).....	Pág. 234
Tabla 195. Estadísticos descriptivos de diagnóstico en dimensión social (SDRS).....	Pág. 234
Tabla 196. Correlación de Pearson número urgencias y dimensiones de SDRS.....	Pág. 235

Tabla 197. Correlación de Pearson de salud percibida y dimensiones de SDRS.....	Pág. 236
Tabla 198. Estadísticos descriptivos de patrón percepción salud en dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 236
Tabla 199. Pruebas <i>t</i> percepción de salud y dimensiones SDRS....	Pág. 237
Tabla 200. Estadísticos descriptivos de patrón nutricional -metabólico y dimensiones de SDRS.....	Pág. 238
Tabla 201. Coeficientes de pruebas <i>t</i> de patrón 2 y las dimensiones clínica y social (SDRS).....	Pág. 238
Tabla 202. Estadísticos descriptivos Patrón eliminación en dimensiones clínica y social (SDRS).....	Pág. 238
Tabla 203. Pruebas <i>t</i> de patrón eliminación con dimensión clínica y dimensión social (SDRS).....	Pág. 239
Tabla 204. Estadísticos descriptivos de patrón actividad y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 239
Tabla 205. Pruebas <i>t</i> para patrón actividad y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 240
Tabla 206. Estadísticos descriptivos patrón sueño-descanso en dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 240
Tabla 207. Pruebas <i>t</i> patrón descanso-sueño y dimensiones de SDRS.....	Pág. 241
Tabla 208. Estadísticos descriptivos de patrón cognitivo-perceptivo en dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 241
Tabla 209. Pruebas <i>t</i> para patrón cognitivo-perceptivo y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 242
Tabla 210. Estadísticos descriptivos de patrón autopercepción-autoconcepto en dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 242

Tabla 211. Pruebas <i>t</i> de patrón autopercepción-autoconcepto con dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 243
Tabla 212. Estadísticos descriptivos de patrón rol-relaciones según dimensiones de SDRS.....	Pág. 243
Tabla 213. Pruebas <i>t</i> de patrón rol-relaciones en dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 244
Tabla 214. Estadísticos descriptivos de patrón sexualidad-reproducción, según dimensiones de SDRS.....	Pág. 244
Tabla 215. Pruebas <i>t</i> de patrón sexualidad-reproducción y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 245
Tabla 216. Estadísticos descriptivos de patrón tolerancia al estrés según dimensiones de SDRS.....	Pág. 245
Tabla 217. Pruebas <i>t</i> de patrón tolerancia al estrés y dimensiones SDRS.....	Pág. 246
Tabla 218. Estadísticos descriptivos de patrón valores-creencias en dimensiones de SDRS.....	Pág. 246
Tabla 219. Prueba <i>t</i> Patrón valores-creencias/dimensiones de SDRS.....	Pág. 247
Tabla 220. Estadísticos descriptivos de cuestionario de BACA y dimensiones de SDRS.....	Pág. 248
Tabla 221. Coeficiente de correlación de Pearson de percepción de calidad y dimensiones de SDRS.....	Pág. 248
Tabla 222. Pruebas no paramétricas para escala de Baca y Ruiz y dimensiones de SDRS.....	Pág. 248
Tabla 223. Correlación de Pearson de apoyo social y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 249

Tabla 224. Coeficiente de Spearman para apoyo social y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 249
Tabla 225. Correlación de Pearson de Satisfacción general y dimensiones de SDRS.....	Pág. 250
Tabla 226. Correlación de Spearman de satisfacción general y dimensiones de SDRS.....	Pág. 250
Tabla 227. Correlación de Pearson de bienestar físico/psicológico y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 251
Tabla 228. Correlación de Spearman de bienestar físico/psicológico y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 251
Tabla 229. Correlación de Pearson de ausencia de sobrecarga y dimensiones de SRDS.....	Pág. 252
Tabla 230. Correlación de Spearman de ausencia de sobrecarga y dimensiones de SRDS.....	Pág. 252
Tabla 231. Correlación de Pearson de componente de salud física y dimensiones de SDRS.....	Pág. 253
Tabla 232. Correlación de Spearman de componente de salud física y dimensiones de SDRS.....	Pág. 254
Tabla 233. Correlación de Pearson de salud física y dimensión clínica y social de SDRS.....	Pág. 255
Tabla 234. Correlación de de Spearman de salud física y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 255
Tabla 235. Correlación de Pearson de salud mental y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 256
Tabla 236 . Correlación de Spearman de salud mental y dimensión clínica y social (SDRS).....	Pág. 256

Tabla 237. Correlación de Pearson componentes de salud mental y dimensiones de SDRS.....Pág. 257

Tabla 238. Correlación de Spearman de componentes de salud mental y dimensión social (SDRS).....Pág. 257

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide Nacional 2004 (INE).....Pág. 47

Figura 2. Pirámide Nacional 2014 (INE).....Pág. 47

Figura 3. Evolución del índice de envejecimiento nacional.....Pág. 49

Figura 4. Evolución del índice de longevidad nacional.....Pág. 50

Figura 5. . Evolución de la tasa de dependencia de mayores de 64 años (nacional).....Pág. 51

Figura 6. Pirámide Poblacional Valencia 2004 (IVE).....Pág. 52

Figura 7. Pirámide poblacional Valencia 2014 (IVE).....Pág. 52

Figura 8. Evolución del porcentaje de mayores de 64 años en la provincia de Valencia.....Pág. 53

Figura 9. Evolución de índice de envejecimiento de la provincia de Valencia.....Pág. 54

Figura 10. Evolución del índice de longevidad en la provincia de Valencia.....Pág. 55

Figura 11. Evolución tasa de dependencia de mayores de 64 años en Valencia.....Pág. 56

Figura 12. Pirámide poblacional departamento Manises 2004.....Pág. 57

Figura 13. Pirámide poblacional departamento Manises 2014.....Pág. 57

Figura 14. Evolución de índice de envejecimiento del Departamento de Manises.....	Pág. 58
Figura 15. Evolución Índice de longevidad-Departamento Manises....	Pág. 59
Figura 16. Evolución de la tasa de dependencia en mayores de 64 años en el Departamento de Manises.....	Pág. 60
Figura 17. Diagrama conceptual de la OMS. Recogido en Urzua, 2012.....	Pág. 76
Figura 18 Etapas del proceso de cuidados de enfermería.....	Pág. 97
Figura 19. Mapa del Departamento de Salud de Manises.....	Pág. 110
Figura 20. Sexo de pacientes ingresados.....	Pág. 113
Figura 21. Porcentajes de centro Hospitalario.....	Pág. 114
Figura 22. Especialidad de ingreso en atención especializada en Manises.....	Pág. 114

ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AVD: Actividades de la Vida Diaria

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CSF: Componente salud física

CSM: Componente salud mental

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

EAIME: Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores en España

ED: Edición

EDDS: Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

ET AL: Y otros

IMSERSO: Instituto de mayores y de servicios sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

IVE: Instituto Valenciano de Estadística

NO: Número.

NUM: Número

OARS: Older Americans Research and Service Center Instrument

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

PEG: Gastrostomía Percutánea

PMC: Pensión Mínima Contributiva

PNC: Pensión No contributiva

PP: Páginas

SF-36: Escala de Salud SF-36

SNG: Sonda nasogástrica

SDRS: "Screening" de detección de riesgo social.

SPSS: Statistical Product and Service Solutions

U.F: Unidad Familiar

VOL: Volumen

WHOQOL: World Health Organization Quality Of Life

WLSMV: Weighted Least Squares Mean and Variance corrected

0. RESUMEN

0. RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento progresivo de la población está provocando una serie de cambios en la estructura sociodemográfica de la población. Este envejecimiento conlleva una serie de modificaciones en el uso y en la necesidad de recursos, pues en muchos casos la vejez lleva asociada en muchas ocasiones enfermedades crónicas y alteraciones en la capacidad funcional. Es en esta situación cuando las personas mayores sufren una mayor vulnerabilidad a factores de riesgo social. Además, esta vulnerabilidad está asociada con la percepción de calidad de vida y va a determinar su relación con el entorno.

En el medio hospitalario se hace indispensable un cambio en la intervención con los mayores, partiendo de un enfoque multidisciplinar que pueda valorar de forma biopsicosocial a estos pacientes. Es la enfermera, el profesional que debe liderar este cambio incluyendo en su valoración inicial, la detección del riesgo social.

OBJETIVO

El objetivo principal es detectar el riesgo social en pacientes mayores de 65 años y relacionarlo con la calidad de vida y la valoración de enfermería, a través de los patrones funcionales de Gordon

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionó una muestra de 202 pacientes ingresados en el Departamento de Manises y se diseñó un estudio de carácter descriptivo, correlacional, y analítico, que tuvo lugar de septiembre del 2014 a enero del 2015. Inicialmente se validó un cuestionario de detección de riesgo social (SDRS) y se seleccionaron variables sociodemográficas y de salud.

También se pasaron las escalas de calidad de Baca y Ruiz y de salud SF-36. Por otro lado, se realizó una valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Gordon.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el SPSS, a través de pruebas *t*, ANOVA y correlaciones, según su pertinencia.

RESULTADOS

Se realizó la validación de la SDRS, con unos datos de validez y fiabilidad correctos que mostraron la existencia de dos dimensiones: clínica y social.

Los resultados demuestran la existencia de relación entre el riesgo social y la calidad de vida y la percepción de estado de salud. Además, se encontró también relación entre la edad, el género, el estado civil y los ingresos económicos.

PALABRAS CLAVE

PACIENTE MAYOR, RIESGO SOCIAL, CALIDAD DE VIDA, VALORACION DE ENFERMERIA

RESUM

INTRODUCCIÓ

L'envelliment progressiu de la població està provocant una sèrie de canvis en l'estructura sociodemogràfica de la població. Aquest envelliment comporta una sèrie de modificacions en l'ús i en la necessitat de recursos, ja que en molts casos la vellesa porta associada en moltes ocasions malalties cròniques i alteracions en la capacitat funcional. És en aquesta situació quan les persones objecte de l'estudi pateixen més vulnerabilitat a factors de risc social i poden desembocar en diferents riscos socials. A més, aquesta vulnerabilitat està associada a la percepció de qualitat de vida que va determinar la seua relació amb l'entorn.

En el medi hospitalari es fa indispensable un canvi en la intervenció amb la gent major, partint d'un enfocament multidisciplinari que pugua valorar de forma biopsicosocial a aquests pacients. És el personal d'infermeria, el professional que ha de liderar aquest canvi incloent en la seua valoració inicial, la detecció del risc social.

OBJECTIU

L'objectiu principal és detectar el risc social en pacients majors de 65 anys i relacionar-lo amb la qualitat de vida i la valoració d'infermeria, a través dels patrons funcionals de Gordon

MATERIAL I MÈTODE

Es va seleccionar una mostra de 202 pacients ingressats al Departament (posa el nom complet del departament de Manises i es va dissenyar un estudi de caràcter descriptiu, correlacional, i analític, que va tenir lloc de setembre del 2014 fins a gener del 2015. Inicialment es va validar un

qüestionari de detecció de risc social (SDRS) i es van seleccionar variables sociodemogràfiques i de salut. També es passaren les escales de qualitat de Baca i Ruiz i de salut SF-36. Finalment, es va realitzar una valoració d'infermeria per Patrons Funcionals de Gordon.

Les anàlisi estadístiques es van realitzar mitjançant l'SPSS, a través de proves *t*, ANOVA i correlacions, d'acord amb la seva pertinença.

RESULTATS

Es va realitzar la validació de la SDRS, amb unes dades de validesa i fiabilitat correctes que van mostrar l'existència de dues dimensions: clínica i social.

Els resultats demostren l'existència de relació entre el risc social i la qualitat de vida i la percepció de salut de vida. A més, es troba també relació entre l'edat, el gènere, l'estat civil i els ingressos econòmics.

PARAULES CLAU

PACIENT MAJOR , RISC SOCIAL , QUALITAT DE VIDA , VALORACIÓ D'INFERMERIA

THESIS SUMMARY

INTRODUCTION

The progressive aging of the population is causing a series of changes in the socio-demographic structure of the population. This aging implies a number of changes in the use, and at the need of resources, because in many cases it is associated with old age chronic diseases ,and disorders in the functional capacity. In this kind of situation, is when the elderly suffer a growth of vulnerability to social risk factors and may lead to different social risks. Additionally, this vulnerability is related to the perception of quality of life ,that will determine their relationship with the environment.

At the hospital environment a change in the intervention with adults it is essential, based on a multidisciplinary approach that can assess in a biopsychosocial way these patients. The nurse, is the professional who should lead this change by including in its preliminary assessment, the detection of possible social risk.

AIMS

Through the Gordon functional patterns, the main objective is to detect social risk in patients over 65 years old, and relate it with the quality of life and nursing assessment.

EQUIPMENT AND METHODOLOGY

Since September 2014 to January 2015, a sample of 202 patients hospitalized from the Department of Manises was selected. The aim was to design a study of descriptive, correlational, and analytical nature. At first, a social risk questionnaire was validated (SDRS), and were selected sociodemographic variables, health scales, Ruiz& Baca quality scales, and of health SF-36. An assessment of nursing Functional Patterns Gordon was performed.

Statistical analyzes were performed using SPSS, through t-tests, ANOVA and correlations according to their relevance.

OUTCOMES

SDRS validation was performed with a valid and correct data reliability which showed the existence of two dimensions: clinical and social.

The results show the existence of relationship between social risk and the quality of life and health perception of life. In addition, there is also relationship between age, gender, marital status and income.

KEY WORDS

ELDERLY PATIENT , SOCIAL RISK , QUALITY OF LIFE , NURSING ASSESSMENT

1. INTRODUCCION

1. INTRODUCCION

El cambio en la pirámide demográfica plantea serios interrogantes acerca de los cuidados que necesitará la población, cada vez más envejecida y de cómo se establecerán dichos recursos o cuidados tanto desde el punto de vista asistencial como económico.

La población española sufre un progresivo aumento del envejecimiento. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), se estima que el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará del 20% de la población en el año 2020, y superará el 30% en el año 2050, llegando a alcanzar más de 15 millones, casi el doble de la proporción actual (Informe 2012). Como consecuencia de este proceso de envejecimiento, el grupo constituido por las personas mayores de 80 años en 2009 era del 4,7% en España y se prevé que crezca hasta cifras del 6,6% y del 14,9% en los años 2025 y 2050 [1]. Se espera, además que en 2050, la población española sea, junto con Japón, la sociedad más envejecida del mundo [2].

Las previsiones realizadas por el INE (Instituto Nacional de Estadística) además, muestran que aumentarán las personas mayores de 100 años, llegando del 0.10%, en el 2011, hasta un 0.45% en el 2050. Este cambio se puede observar en las pirámides poblacionales, que hasta hace unos años no representaban este grupo de edad [1].

Todos estos datos indican que la estructura de población envejecerá de forma progresiva. Ya en el 2001 el porcentaje de mayores de 65 años superó al grupo de edad infantil (hasta 14 años) y además se prevé que esta tendencia continúe, de forma que en el 2050 habrá el triple de mayores de 65 años [3].

Cabe destacar que este envejecimiento de la población mayor conlleva más implicaciones que las estrictamente demográficas. Una de ellas sería el aumento de dependientes, puesto que, como se comentará, la edad y la dependencia se encuentran relacionadas. El número de personas con

limitaciones en su capacidad funcional aumenta en los grupos de edad de mayores, sobre todo a partir de los 80 años. Es por ello, que a medida que avanza la edad, las personas son más vulnerables y hay una mayor probabilidad que factores de riesgo como la situación económica, vivienda, soledad, falta de apoyo social, enfermedad afecten sus vidas [2].

Además, aunque la dependencia en personas mayores no es algo nuevo, sí que lo es el fenómeno de envejecimiento de la población, ya que el aumento de personas mayores, ha generado nuevas problemáticas en el cuidado de estas personas, que cada vez necesitan más cuidados y apoyos ocasionando nuevos retos y cambios en la dinámica familiar.

Por otro lado, hay que destacar que una de las causas del aumento de la longevidad de la población ha sido el avance y desarrollo de nuevas tecnologías especialmente en el ámbito de la salud. Gracias a estos avances, muchas de las enfermedades agudas y graves han pasado a ser crónicas planteando en los pacientes, en la familia y en la sociedad nuevos problemas que resolver. Y pasando su estudio de un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial donde los factores psicológicos, sociales y biológicos y su interacción son básicos en la promoción de la salud y bienestar del sujeto. Dentro de este modelo, la salud consiste no solo en ausencia de enfermedad sino en conseguir el bienestar físico, mental y social. La percepción del propio sujeto, de sus valores, expectativas y la evaluación de los recursos tanto materiales como los propios va a ser central en la valoración de la percepción del bienestar y calidad de vida.

Dentro de este contexto, los conceptos de bienestar subjetivo, felicidad y satisfacción de la vida, entre otros, adquieren importancia y sirven como indicadores indirectos de la calidad de vida del sujeto. Este concepto es complejo y ha creado gran diversidad de discrepancias a la hora de definirlo y de medirlo por su multidimensionalidad y carácter objetivo/subjetivo, No obstante dicho concepto ha sido muy estudiado especialmente dentro del ámbito de la salud como un indicador de la evolución del sujeto, para planificación de tratamientos así como para valorar otros efectos en los pacientes. Es por ello que para valorar el riesgo

social así como la calidad de vida dentro de la salud se han desarrollado diferentes escalas.

En nuestro estudio se ha diseñado y validado una escala de riesgo social con la finalidad de obtener información rápida y válida sobre aquellos factores que pueden ocasionar mayor vulnerabilidad en pacientes hospitalizados mayores de 65 años para así poder promover medidas de apoyo y prevención. Además se relacionará con otras variables de calidad de vida y con los patrones Funcionales de Gordon así como con variables sociodemográficas.

A continuación se desarrollan los puntos comentados.

1.1 ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICOS

Con el fin de justificar la necesidad de poner foco de atención en la situación y valoración de vulnerabilidad/riesgo social, a continuación se realiza un análisis sociodemográfico con los cambios acontecidos en los últimos 10 años, que constatan un progresivo envejecimiento de la población.

En los siguientes apartados se van a ver algunas de las variables sociodemográficas que tendrán impacto en la autonomía de las personas mayores y que motiva la realización de este estudio.

En este apartado se realizará un análisis sociodemográfico de los últimos años, así como de las pirámides poblacionales, y su cambio de estructura, a nivel nacional, de la provincia de Valencia y de los municipios que pertenecen al Departamento de Salud de Manises.

1.1.1 Datos sociodemográficos nacionales

El porcentaje de mayores de 64 años en el 2014, según datos del INE es del 18.50% [4]. A continuación se muestran las pirámides poblacionales que muestran el progresivo envejecimiento de la población y los principales índices sociodemográficos.

A. Pirámides poblacionales nacionales

A partir del INE (Instituto Nacional de Estadística), se han analizado los datos poblacionales por edad (por grupos quinquenales) y género, de los años 2004 [5] y 2014 [4]. Tal y como aparecen en las figuras 1 y 2.

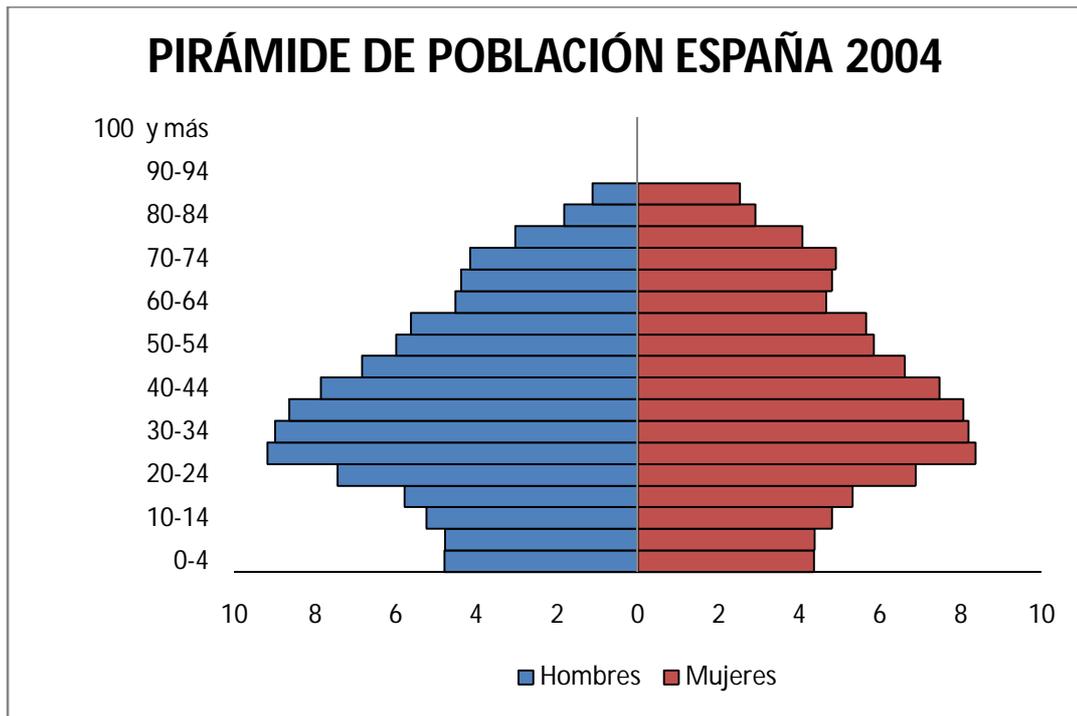


Figura 1. Pirámide Nacional 2004 (INE).

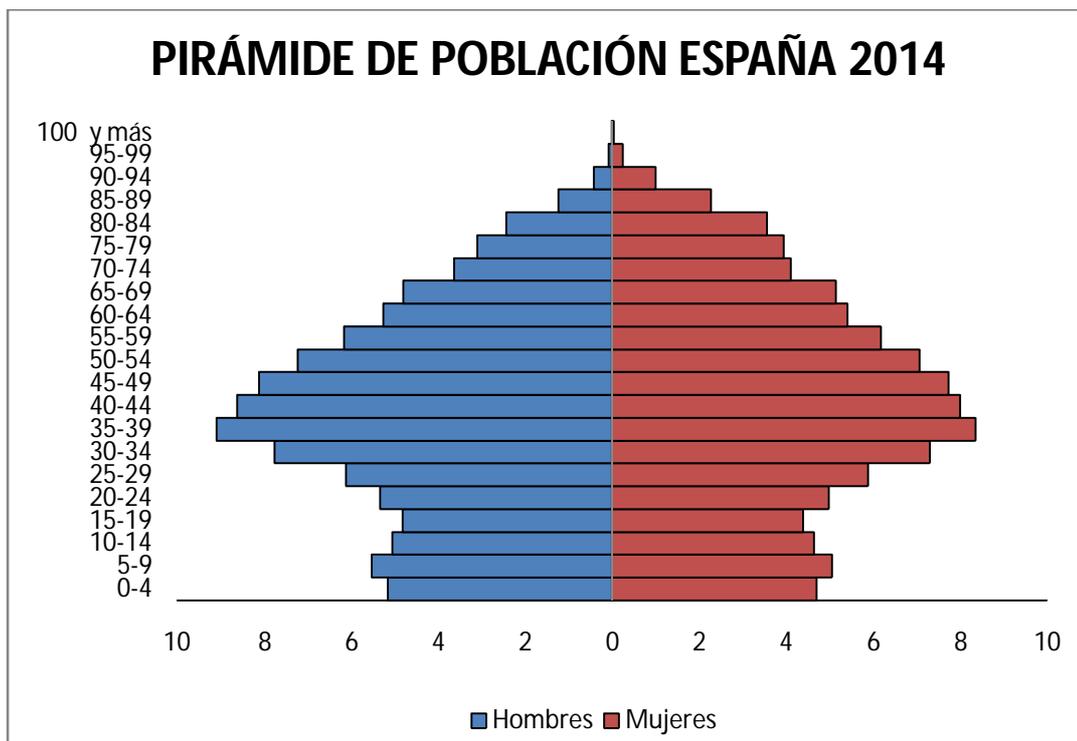


Figura 2. Pirámide Nacional 2014 (INE).

Podemos observar, la evolución, en 10 años de la estructura de población, por la que aumentan los grupos de edad de 35 a 69 años y a partir de 80 años. Este cambio nos hace pensar que aumentará el número de personas susceptibles de desarrollar patología crónica y/o invalidante.

B. Índices sociodemográficos más relevantes

Con el fin de comprender el comportamiento sociodemográfico de los últimos años, a continuación se exponen los principales índices sociodemográficos [4,5].

B.1 Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento se obtiene según la siguiente fórmula:

"Población mayor de 64 años / Población menor de 15 años x 100".

Los datos nacionales, extraídos del INE, muestran un aumento paulatino del índice, tal y como muestra la siguiente tabla:

Año	2005	2014
Índice de envejecimiento	106,9	112,2

Tabla 1. Índice de envejecimiento nacional

En la figura 3 se puede observar la tendencia del aumento progresivo del envejecimiento de la población, desde el 2005.

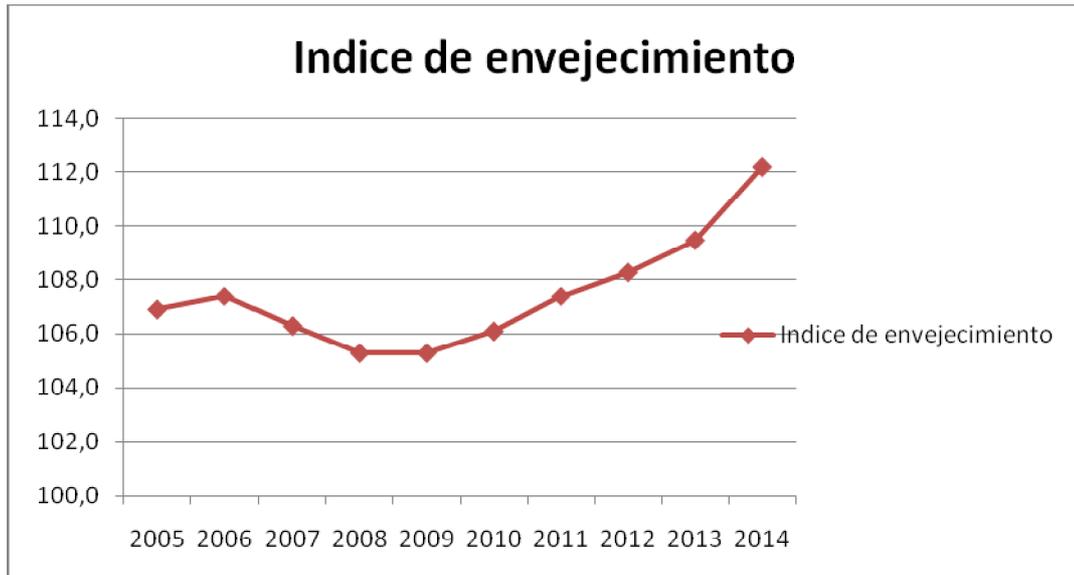


Figura 3. Evolución del índice de envejecimiento nacional

B.2 Índice de longevidad

El índice de longevidad se trata de un índice específico de envejecimiento y permite medir la composición del grupo de mayores de 64 años. Se obtiene de la siguiente fórmula [4,5]:

"Población mayor de 74 años / Población mayor de 64 años x 100"

Año	2005	2014
Índice de longevidad	47,4	51,0

Tabla 2. Índice de longevidad nacional

Al analizar la evolución del índice, por años, desde el 2005 hasta el 2014, se puede observar la tendencia en aumento del mismo.

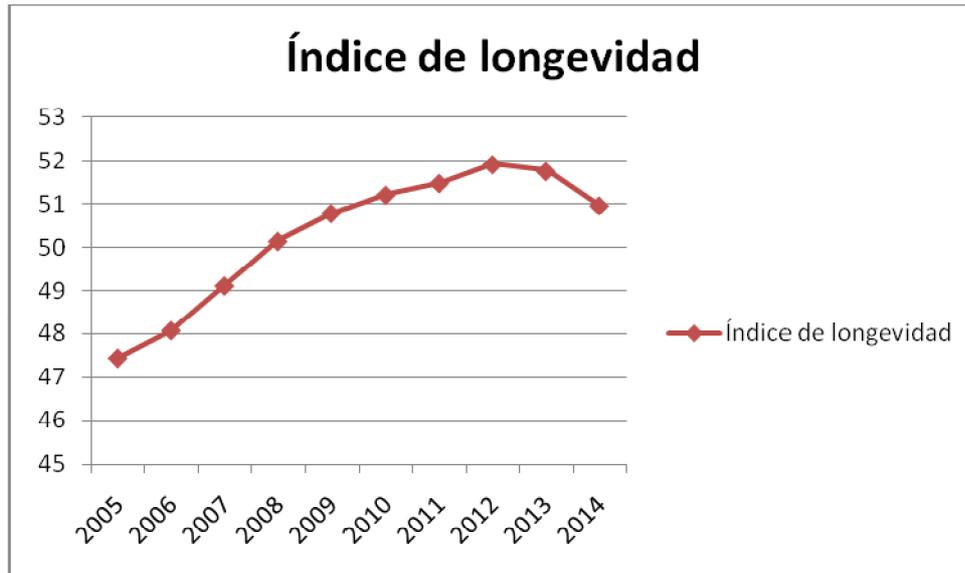


Figura 4. Evolución del índice de longevidad nacional

B.3 Tasa de dependencia de mayores de 64 años

La tasa de dependencia de mayores de 64 [4,5] es una variante de la tasa de dependencia, y calcula el número de mayores de 64 años con respecto a la población activa (edad de 15 a 64 años). Se obtiene a través de la siguiente fórmula:

$$\text{"Población mayor de 64 años / Población de 15 a 64 años x 100"}$$

La tabla 3 muestra la diferencia y evolución en 10 años.

	2005	2014
Tasa de dependencia		
Mayores 64 años	24,4	27,6

Tabla 3. Tasa de dependencia mayores de 64 años nacional.

La figura 5, por otro lado, muestra el progresivo aumento de la tasa de dependencia de mayores de 64 años.

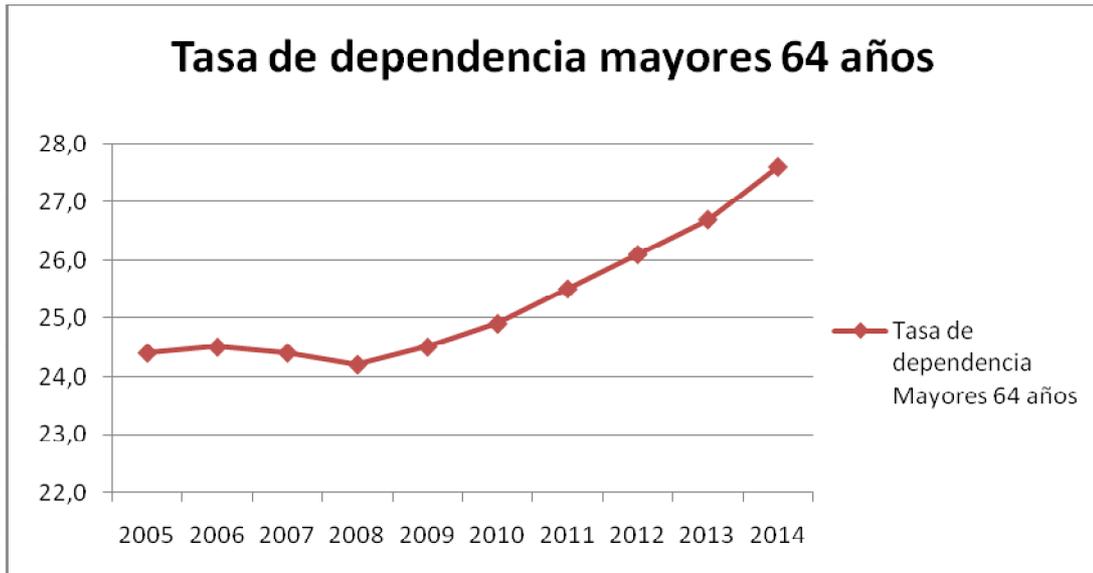


Figura 5. Evolución de la tasa de dependencia de mayores de 64 años (nacional)

1.1.2 Datos sociodemográficos de la provincia de Valencia

Para conocer específicamente la estructura sociodemográfica de la población del entorno más próximo, se realizaron los análisis poblacionales de la provincia de Valencia. En los próximos apartados, se exponen los resultados más relevantes.

A. Pirámides poblacionales de la provincia de Valencia

Para la provincia de Valencia, y siempre partiendo de datos del IVE (Instituto Valenciano de Estadística) obtenemos pirámides de población de los años 2004 [6] y 2014 [7], que siguen distribuciones similares a las pirámides nacionales. Tal y como se puede apreciar en las figuras 6 y 7.

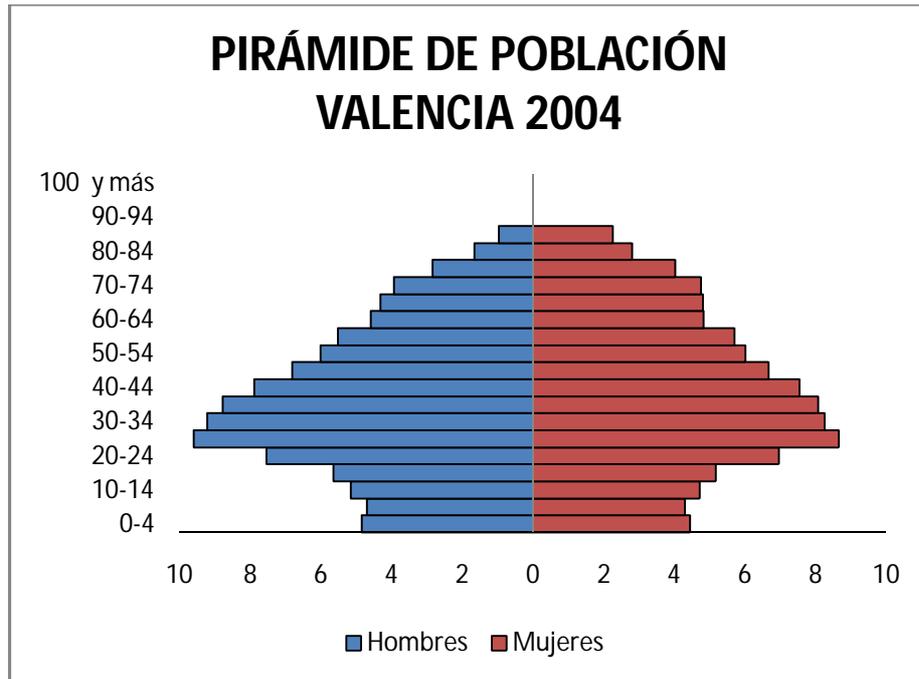


Figura 6. Pirámide Poblacional Valencia 2004 (IVE).

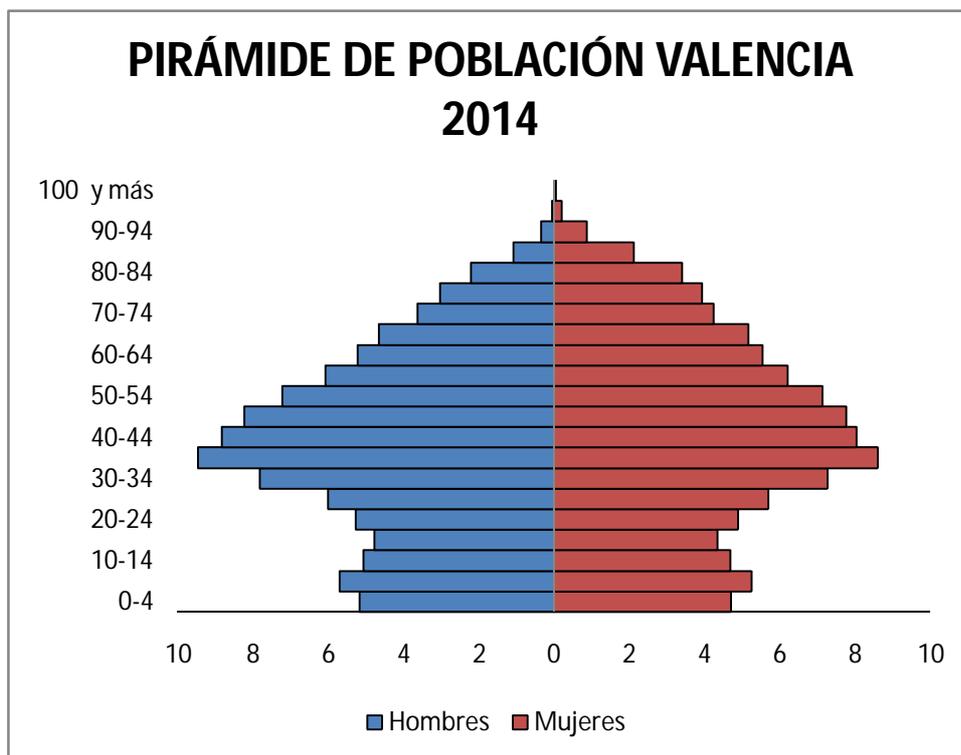


Figura 7. Pirámide poblacional Valencia 2014 (IVE).

Los datos expuestos muestran un porcentaje de la población mayor de 64 años en el 2014 del 17.62%, mientras que en el 2005, la proporción era del

15.77%. En la siguiente figura (figura 8) se muestra la evolución en aumento de este porcentaje.

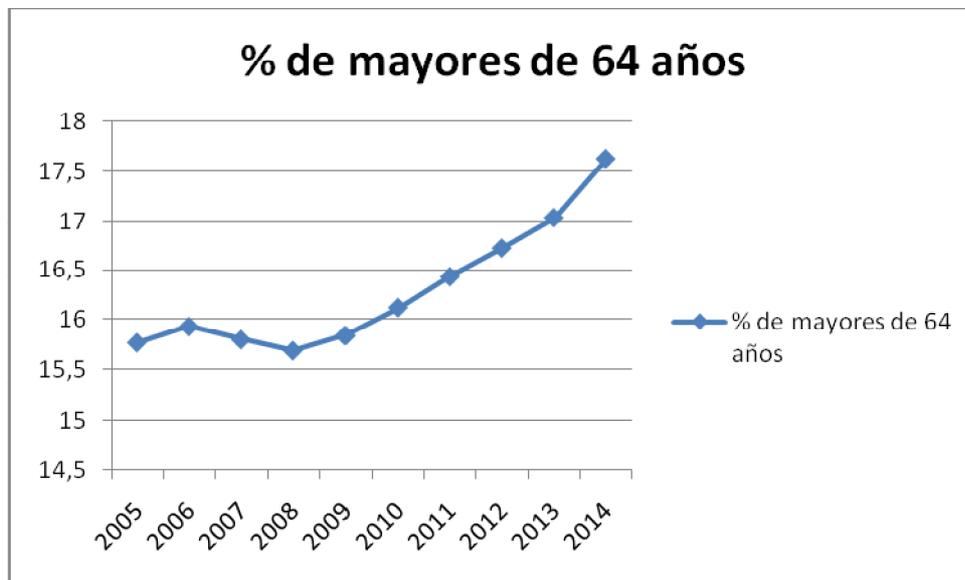


Figura 8. Evolución del porcentaje de mayores de 64 años en la provincia de Valencia

B. Índices sociodemográficos

Los índices sociodemográficos más importantes se exponen en los siguientes apartados.

B.1 Índice de envejecimiento

Según datos extraídos del IVE (Instituto valenciano de estadística) [8], en la provincia de Valencia, al comparar los datos de 10 años, 2014 y 2005, se aumenta un aumento del índice de envejecimiento, tal y como muestra la tabla 4.

	2005	2014
Índice de envejecimiento	104,5	107,0

Tabla 4. Índice de envejecimiento de Valencia

En la siguiente figura se detalla la evolución de los últimos 10 años en la provincia de Valencia. Aunque se observa un descenso en los años 2008 y 2009, a partir del 2010 el aumento es progresivo y exponencial, siendo mayor que el 2005.

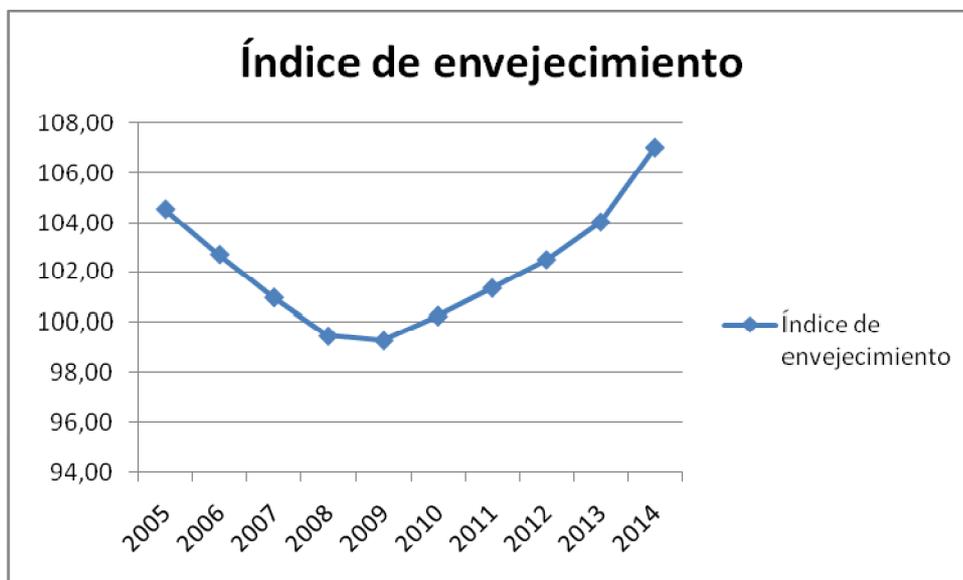


Figura 9. Evolución de índice de envejecimiento de la provincia de Valencia

B.2 Índice de longevidad

El índice de longevidad calculado, a partir de los datos del IVE [8], desprende los siguientes resultados, en los que se observa un aumento del índice de longevidad, esto es, un aumento del porcentaje de mayores de 75 años. En la siguiente tabla, se puede observar el aumento, al comparar los años 2005 y 2014.

	2005	2014
Índice de longevidad	46,5	49,5

Tabla 5. Índice de longevidad en provincia de Valencia.

En la representación figura 10 se visualiza el aumento progresivo de este índice en la provincia de Valencia, con un leve retroceso en el año 2014.

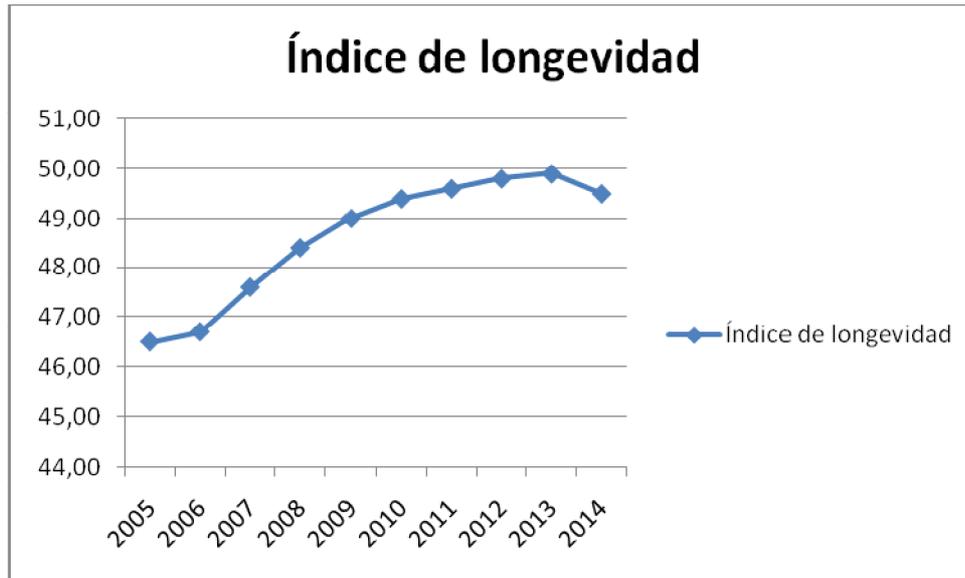


Figura 10. Evolución del índice de longevidad en la provincia de Valencia

B.3 Tasa de dependencia de mayores de 64 años

Los datos del IVE muestran un aumento de la tasa de dependencia de mayores de 64 años, tal y como se puede observar en la tabla 6, al comparar los datos del 2005 y 2014 [8].

	2005	2014
Tasa de dependencia	22,9	26,7

Tabla 6. Tabla de dependencia de mayores de 64 años de Valencia

Se puede apreciar una evolución en aumento en la comparativa de los últimos 10 años, tal y como muestra la figura 11.

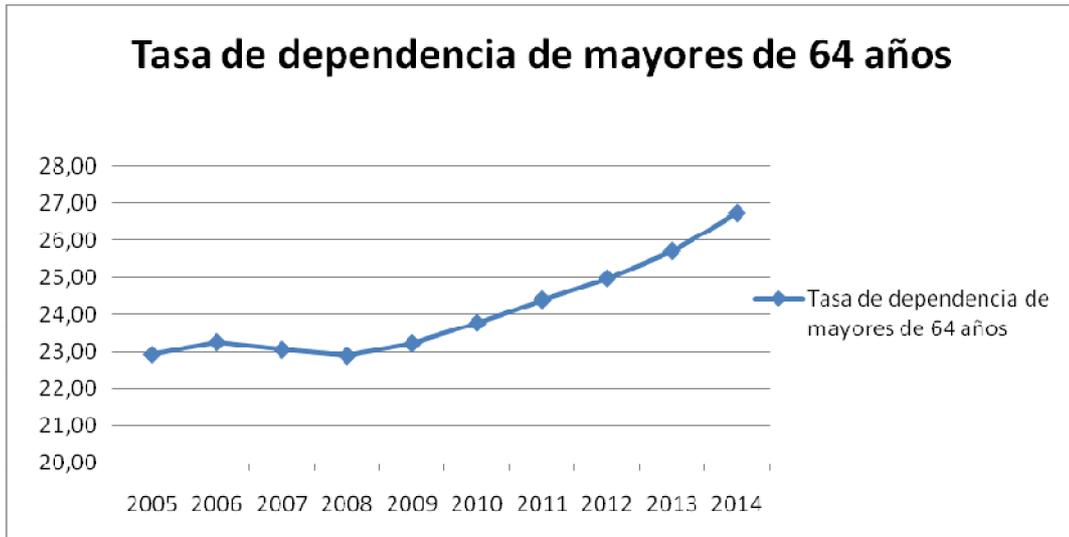


Figura 11. Evolución tasa de dependencia de mayores de 64 años en Valencia

1.1.3 Datos sociodemográficos del Departamento de salud de Manises

Tras la revisión de datos nacionales, nos centramos ahora en la valoración de la población que habita en los diferentes municipios que atiende el departamento de Salud de Manises: Manises, Buñol, Alborache, Macastre, Yátova, Cheste, Chiva, Quart de Poblet, Godelleta, Turís, Loriguilla, Ribarroja, Aldaia y Mislata.

A. Pirámides de población

A continuación, se muestra la pirámide de población de los municipios que componen el departamento, según los datos sociodemográficos del IVE (Instituto Valenciano de Estadística) correspondientes al 2004 [9] y 2014 [10]. La estructura de esta pirámide muestra que se trata de una pirámide regresiva, en los que se evidencia un retroceso de la natalidad y un aumento del envejecimiento, con un claro aumento de la esperanza de vida.

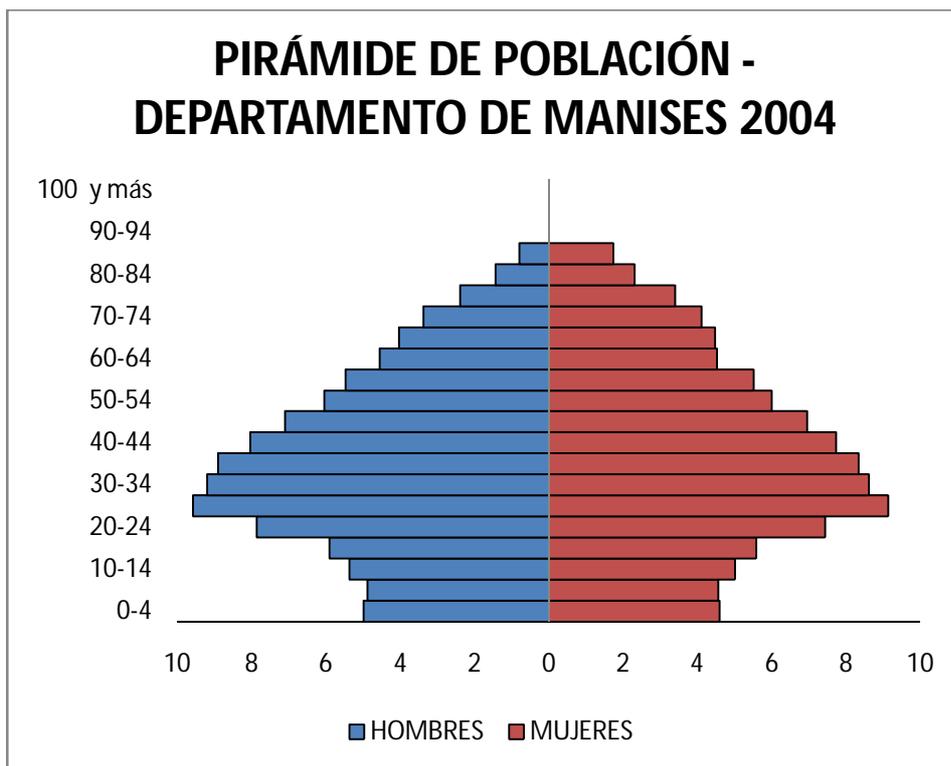


Figura 12. Pirámide poblacional departamento Manises 2004 (elaborada a partir de datos del IVE).

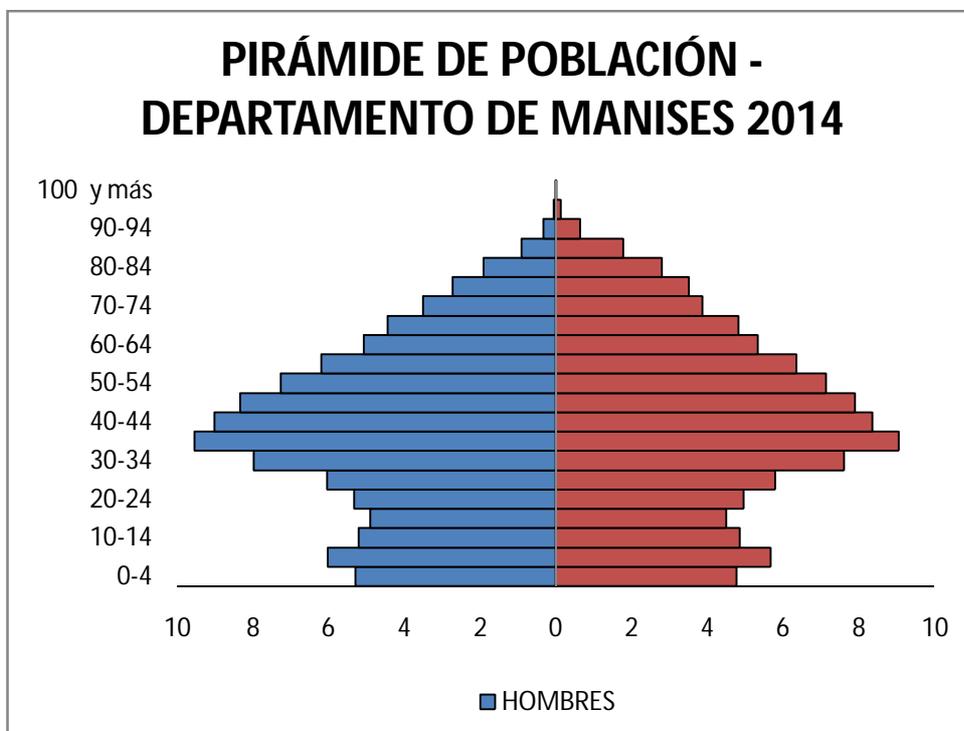


Figura 13. Pirámide poblacional departamento Manises 2014 (elaborada a partir de datos del IVE).

B. Índices sociodemográficos

Los principales índices sociodemográficos se exponen en los siguientes apartados.

B.1 Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento, calculado para los municipios que conforman el Departamento de Manises [11], ha experimentando un leve descenso, al contrario que ocurre en España y en la provincia de Valencia. Estas diferencias pueden deberse a la tendencia de la población joven de trasladarse de la gran ciudad a pueblos cercanos a la ciudad.

Año	2005	2014
Índice de envejecimiento	115,28	113,71

Tabla 7. Índice de envejecimiento del Departamento de Manises

La evolución del índice de envejecimiento, en su representación gráfica (figura 14), muestra la evolución que ha seguido en los últimos años, con una disminución del índice hasta el 2010, y a partir de ese año un aumento progresivo.



Figura 14. Evolución de índice de envejecimiento del Departamento de Manises

B.2 Índice de longevidad

Al analizar el índice de longevidad de los municipios del Departamento de salud de Manises, se aprecia, al comprar los datos del 2005 y 2014 [11], un aumento del índice.

Año	2005	2014
Índice de longevidad	44,19	48,91

Tabla 8. Índice de longevidad Departamento de Manises

Al representar gráficamente los datos de los últimos 10 años, se puede observar la tendencia en aumento.

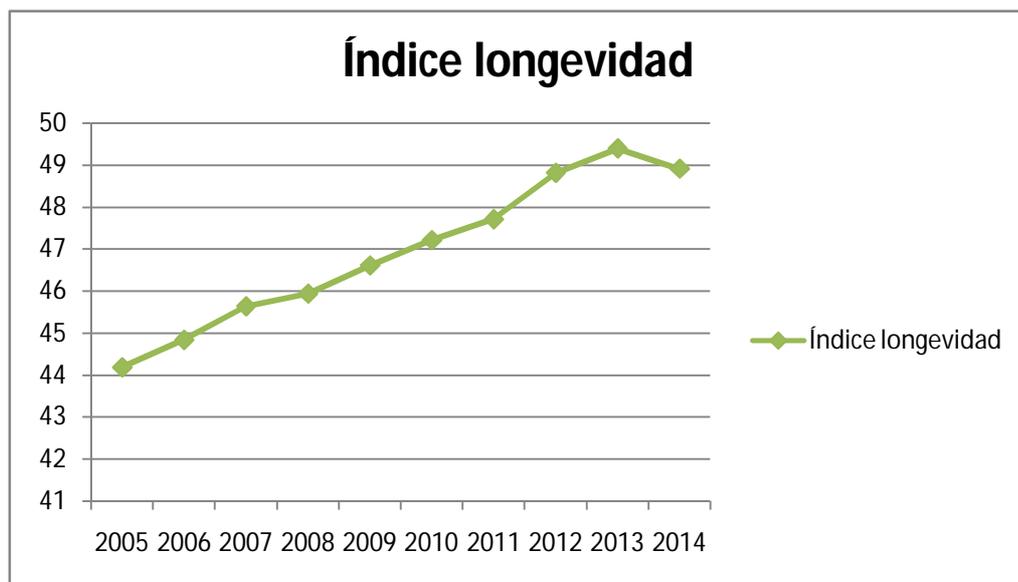


Figura 15. Evolución Índice de longevidad del Departamento de Manises

B.3 Tasa de dependencia de mayores de 64 años

La tasa de dependencia de mayores de 64 años, según datos del IVE, de los municipios del Departamento de salud de Manises, ha sufrido un aumento, si se comparan los datos del 2015 y del 2004 [11].

Año	2005	2014
Tasa de dependencia de mayores de 64 años	106,9	112,2

Tabla 9. Tasa de dependencia de mayores de 64 años Departamento de Manises

Este aumento se puede observar más detalladamente, al representar gráficamente los datos desde el 2005 al 2014.

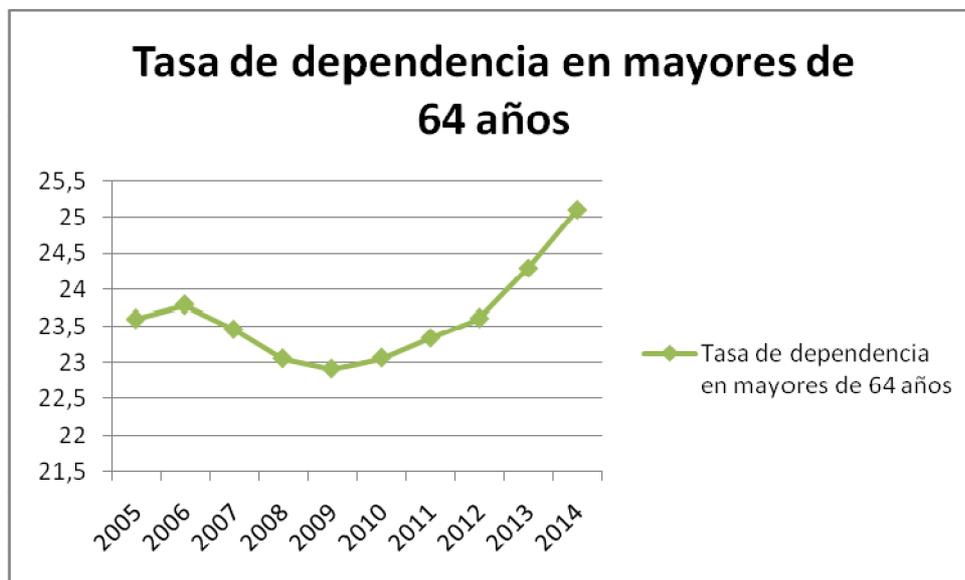


Figura 16. Evolución de la tasa de dependencia en mayores de 64 años en el Departamento de Manises

1.1.4 Esperanza de vida y discapacidad

La esperanza de vida sin discapacidad (falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona).al nacer se define como el promedio de años que se espera que una persona pueda disfrutar de una vida saludable, es decir, sin discapacidad o morbilidad.

Una vida sana y libre de discapacidad es una de las condiciones establecidas por las Naciones Unidas para la consecución del desarrollo humano sostenible [3]. Este indicador guarda una estrecha relación con la estructura demográfica de la sociedad, el gasto en el sistema sanitario, en protección social y en actividades capacitantes.

El aumento de la esperanza de vida lleva aparejado un incremento de la Esperanza de vida con discapacidad, por lo que adoptar medidas para prevenir la discapacidad se está convirtiendo en un requisito para la mejora de calidad de vida de los ciudadanos.

En España, la esperanza de vida sin discapacidad, en el 2009 para hombres se situó en los 61 años y en 63 años para las mujeres. Esta tasa, a partir de los 65 años ofrece diferencias entre las distintas comunidades autónomas [2].

El proceso de aparición de problemas en salud es gradual, primero aparecen las enfermedades crónicas, que conllevan ya la autopercepción del estado de salud, más tarde aparece las limitaciones para la realización de actividades, presentándose la discapacidad y por último la necesidad de ayuda para el desarrollo de actividades básicas como el autocuidado.

1.2 CONCEPTO DE RIESGO / VULNERABILIDAD SOCIAL

Al intentar definir el concepto de riesgo social, la noción de "riesgo" se relaciona con la inminencia, la contigüidad o la cercanía de un daño potencial. El término, por lo tanto, está vinculado a la posibilidad de que se concrete un daño. "Social", por su parte, es lo relativo a la sociedad, el grupo de individuos que interactúan entre sí y que comparten una misma cultura[12].

Se entiende por "riesgo social" la posibilidad de que una persona sufra un daño que tiene su origen en una causa social. Esto quiere decir que el riesgo social depende de las condiciones del entorno que rodea al individuo [12].

Dentro del fenómeno socioeconómico que supone el proceso de envejecimiento, y que genera un efecto importante en la sociedad, el anciano genera una serie de demandas de servicios sociosanitarios, que dependen de una serie de factores socioeconómicos, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, y que determinarán las necesidades de diferentes tipos de recursos [13].

1.2.1 Factores de vulnerabilidad/riesgo social en personas mayores de 65 años

Si se define factor de riesgo como la característica innata o adquirida del individuo, asociada a una probabilidad aumentada de fallecer o padecer una determinada enfermedad o condición, el factor de riesgo social consiste en las características vinculadas a factores sociales que aumentan la vulnerabilidad de un adulto mayor, para desarrollar cualquier daño [14].

En el adulto mayor existen, por lo tanto, una serie de factores de riesgo que aumentan su vulnerabilidad. Se trata de características o rasgos vinculados a factores sociales. Estos factores dependen, según algunas investigaciones, de la estructura de la sociedad, de las tradiciones

culturales, y de aceptar los cambios y retos que lleva implícito el envejecimiento [15,16]. Otros estudios demuestran la repercusión que estos factores influyen en la calidad de vida del anciano, de forma que la presencia de éstos se asocia con un alto grado de vulnerabilidad para el desarrollo de discapacidades [17, 18, 19]

Uno de los factores que se relaciona con la vulnerabilidad social es la convivencia en pareja. Esta situación cobra importancia, ya que los grupos de ancianos casados tienen una mayor supervivencia que los ancianos solteros y viudos [20]. Existen diferentes estudios que además relacionan el estado civil con la recuperación de procesos de salud [21]. También se ha visto que esta vulnerabilidad tiene una mayor relación con los hombres que con las mujeres [21].

Cabe destacar el papel de la soledad, pues numerosos estudios demuestran que ésta empeora notablemente la calidad de vida y el pronóstico vital de los ancianos [22]. Además, esta soledad condiciona un aumento de la demanda de servicios sanitarios y sociales. La soledad se ha relacionado especialmente con estado civil, nivel cultural y nivel socioeconómico [23,24]. Por otro lado, también se encuentra asociada a depresión, institucionalización precoz, deterioro cognitivo y aumento de la mortalidad [25].

Otro factor de riesgo significativo sería el nivel cultural. Diversa bibliografía refiere que el bajo nivel cultural constituye un factor de riesgo social a tener en cuenta, ya que, por regla general, el nivel de estudios puede revertir en una mejor calidad de vida [20].

El nivel de ingresos también influye de forma importante. Los ingresos actuales no dan respuesta, en muchos casos a los requerimientos de las personas mayores. Existe un amplio abanico en cuanto a ingresos económicos. Un alto porcentaje de mayores de 65 años percibe ingresos por debajo del salario mínimo interprofesional. Estas cantidades son insuficientes para poder mantener un buen nivel de vida. Las pensiones

más bajas se concentran en los grupos que más lo necesitan, es decir en los grupos en edades más avanzadas [26]

La capacidad funcional podría constituir otro factor determinante, pues se ha estudiado que, en los mayores de 80 años, es el riesgo más significativo, al producirse a partir de esta edad una pérdida de la reserva funcional, que conlleva una mayor susceptibilidad a la agresión externa, pues disminuyen los mecanismos de respuesta y la eficacia para conservar el equilibrio del medio interno [23].

Por otro lado, el tiempo de ocio que las personas mayores poseen también genera problemas, ya que en la cultura se ha educado muy poco para disfrutar de este tiempo de ocio, especialmente una vez que las personas se han jubilado. En muchas ocasiones, no saben disfrutar y tener actividades que llenen su tiempo libre. En consecuencia, tanto tiempo libre puede resultar un factor de riesgo para la aparición de procesos patológicos, al tiempo que aumenta el riesgo de desmotivación y desinterés por el entorno. Además, el consumo doméstico se lleva la mayor parte del presupuesto en necesidades primarias, disminuyendo el gasto en actividades culturales o de viajes [27].

1.2.2 Utilización de los servicios sanitarios

En los últimos años se ha producido un aumento de la utilización de los servicios sanitarios, que ha ido unido a un incremento del gasto sanitario. Una de las principales razones que motivan esta tendencia es el progresivo envejecimiento de la población [28].

Los mayores de 65 años tienen una mayor dependencia de la cobertura sanitaria pública, reduciéndose su capacidad de acceso a la sanidad privada, probablemente, por la merma en los ingresos que suele implicar la jubilación [29].

Existen estudios que muestran que la estancia media en los hospitales es más larga entre los más jóvenes (de 0 a 4 años) y los mayores. Con una edad creciente, a partir de los 59 años, la estancia media a partir de esta edad suele ser de unos 17 días, de promedio. Además, la probabilidad de sufrir un ingreso hospitalario aumenta significativamente a partir de los 50 años, siendo del 8% la probabilidad de ingreso en esta edad. Mientras que esta probabilidad es del 12% a partir de los 65 años [30].

Por otro lado, en el año 2010, la frecuentación de hospitalización de las personas mayores en el SNS aumentó, con un 19.46% de los ingresos hospitalarios, respecto al mismo dato del 1991, en más de 4 altas por cada 100 habitantes (26% de incremento) [30].

Entre las causas de ingreso, destacan las enfermedades del sistema circulatorio, con un 23.81% de pacientes ingresados. Le sigue con un 15.46% las enfermedades del aparato respiratorio. Las enfermedades del aparato digestivo y Neoplasias, con porcentajes del 12.66% y 11,76%, respectivamente, son las que siguen en frecuencia [30].

También cabe destacar la importancia de los ingresos hospitalarios en la alteración de la capacidad funcional de las personas mayores. Algunos estudios demuestran que un 53,5% de los pacientes ancianos con determinadas características de riesgo, que ingresan en el hospital por enfermedad aguda, presentan un deterioro funcional durante el ingreso hospitalario [31]. Hay una gran cantidad de evidencia en la literatura que indica que la hospitalización de las personas mayores conduce, además del deterioro funcional, a un aumento de la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad [32].

Además, existen estudios que relacionan estadísticamente el tiempo de hospitalización de las personas mayores con la pérdida de capacidades cognitivas y relacionan esta estancia con problema social y dependencia funcional [33], de manera que las personas que viven solas o en residencia, y las que son dependientes para todas las Avds presentan tiempos de estancia más elevados.

1.2.3 La valoración social en el ambiente sanitario.

En el medio sanitario es habitual realizar una valoración focalizada en el problema de salud que presenta el paciente, olvidando muchas veces la necesidad de realizar una valoración generalizada (valoración biopsicosocial), que tenga en cuenta todas las dimensiones de la persona. Esto requiere un cambio de enfoque, un enfoque multidisciplinar, en la valoración y cuidados de las personas mayores, en las que convergen situaciones de dependencia y diversas patologías, con enfermedades invalidantes, unido a problemas familiares y sociales [34].

Cada vez cobra mayor importancia lograr detectar posibles problemas sociales, pero esta valoración social es compleja, y presenta más dificultades que la valoración de otras dimensiones, debido a la existencia de conceptos poco definidos, la presencia de un importante componente subjetivo, que es difícil de medir, y la concurrencia de factores socioeconómicos y culturales.

A causa de estas consideraciones, todavía hoy son escasos los instrumentos validados para evaluar la función social [35]. Aunque existen diversas escalas para evaluar la función física y mental, a la hora de valorar la situación social, el instrumento más generalizado es la historia social.

En el siguiente apartado se muestran, a modo de ejemplo, algunas de las escalas que miden el riesgo social, y que cuyo uso es el más generalizado y aceptado entre los profesionales sanitarios.

1.2.4 Escalas que miden la vulnerabilidad / riesgo social

La escala OARS y la escala Gijón, son dos de los instrumentos más utilizados para la valoración del riesgo social. Se describen, a continuación, con el objetivo de conocerlas en mayor profundidad.

A. escala OARS

Se trata de una escala estadounidense, llamada "Older Americans Research and Service Center Instrument" [36], que es multidimensional y lleva un tiempo de cumplimentación de una hora (ANEXO I). Proporciona información sobre la actividad funcional, midiendo las interacciones sociales y de recursos, en cinco áreas:

- Recursos sociales y estructura familiar
- Recursos económicos.
- Salud mental
- Salud física
- Capacidad para las actividades de la vida diaria.

B. Escala Gijón

La escala Gijón [37] es una escala de heteroadministrada, que se utiliza para realizar una valoración en el anciano para la detección de riesgo social (ANEXO II).

Se trata de una escala más adaptada a la problemática de España. La primera elaboración fue en el 1993. Posteriormente ha tenido diversas variantes, y aunque ha sido validada en participantes que viven en la comunidad, en el contexto de la atención primaria (Como criterios de exclusión se excluyó a los pacientes hospitalizados).

En el apartado método se desarrollarán más extensamente las características de esta escala.

1.2.5 Diseño de una nueva escala de valoración de riesgo social

En los apartados anteriores ha quedado patente la importancia de la valoración del riesgo o vulnerabilidad social en el paciente mayor, debiendo ser imprescindible. Pero, como se ha comentado con anterioridad, el uso de estos instrumentos en el ámbito sanitario es limitada, ya que existen pocos instrumentos unificados y validados en éste ámbito [35].

A continuación se expone el diseño de un nuevo cuestionario que ayude a poder determinar de forma objetiva esta vulnerabilidad social.

A. Justificación

Se comentará en el apartado "método" el perfil de paciente que ingresa tanto en Hospital de agudos, como en hospitales de crónicos. Más del 50% de los pacientes que ingresan, según datos del 2014, tenían una edad de 65 años o más (fuente historia clínica). Además, la edad está relacionada con las estancias hospitalarias, de forma que a mayor edad, mayor estancias hospitalarias precisan [30]. El paciente mayor de 65 años, suele sufrir enfermedades crónicas, con una gran comorbilidad, y a menudo lleva asociado problemas de dependencia para las actividades de la vida diaria. Todo esto, unido a situaciones económicas y familiares, a menudo complicadas, genera en muchos casos problemas de ubicación al alta. Por ello, es necesario una valoración integral y multidisciplinar, donde se detecten, de la forma más objetiva y realista posible, los problemas que se pueden presentar durante la estancia, y una vez dado el alta, la probabilidad de que haya nuevos ingresos hospitalarios.

Aunque ya se han expuesto algunos de los instrumentos fiables y validados para la valoración del "riesgo social", cabe destacar, por su uso, la Escala de Gijón [37]. A pesar de ser usada en el ámbito hospitalario, de forma

generalizada, con el objetivo de detectar riesgo social, no ha sido validada en pacientes hospitalizados. Además, en el entorno del Departamento de Manises se ha observado que existen ciertas áreas, que son consideradas importantes para determinar la existencia del riesgo social, dentro del ámbito hospitalario, como son: capacidad funcional, deterioro cognitivo y estado de salud, y que no son valoradas por dicha escala.

Esto es lo que motivó el diseño de una nueva escala, que pudiera dar respuesta a los problemas antes mencionados, y realizar así un "screening" rápido y sencillo, de modo que fuera una herramienta rápida y fiable de valoración, y que pudiese ayudar a la hora de tomar decisiones dentro del ámbito multidisciplinar. Otro de los objetivos de la escala es orientar a los profesionales de la salud, de cara al alta hospitalaria, sobre la necesidad de intervenir y establecer programas de apoyo que ayuden a disminuir dicho riesgo social.

1.3 DEPENDENCIA EN PERSONAS MAYORES

Se entiende por "función" la capacidad de ejecutar, de forma autónoma, las acciones más o menos complejas que componen el quehacer cotidiano de una forma deseada.

Mediante la evaluación de las capacidades físicas de la persona (medidas habitualmente a través de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales), se determina su autonomía e independencia en el ambiente que la rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia [38].

Existe una estrecha relación entre función y enfermedad. Según la OMS [39] (1997), la mejor manera de medir la salud de las personas es midiendo su funcionalidad. El deterioro funcional es el predictor más fiable de mala evolución y mortalidad en las personas de edad avanzada.

La principal consecuencia de la pérdida de autonomía personal, ya sea por la edad avanzada, o en muchos casos por la cronicidad de las enfermedades en las personas mayores, es la necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interactuar con él, es decir, la dependencia de terceras personas para realizar las actividades de la vida diaria [40].

Por otro lado, la dependencia es la necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado, para ajustarse a su medio e interactuar con él [41]. La dependencia se puede considerar desde el punto de vista económico, físico, social y cognitivo.

En las personas mayores, la autonomía es un componente importante dentro de la CVRS (Calidad de Vida relacionada con la salud), tal y como se comentará en los siguientes apartados.

El estado de salud de las personas mayores es un determinante de la calidad de vida, ya que produce un deterioro físico y la limitación de actividad y rutinas diarias, lo cual repercute en la propia percepción del

estado de salud [42], éste puede producir un grado de discapacidad /dependencia, siendo un factor que va a influir en la calidad de vida relacionada con salud.

Por otro lado, la dependencia y discapacidad se relacionan con la pobreza debido a las bajas pensiones de las personas mayores, bajos niveles de instrucción y clase social más desfavorecida. Estos factores pueden haber influido en su discapacidad y limitan en el momento actual el acceso a recursos y a la información [43].

La discapacidad va a depender de la interrelación entre la persona y el ambiente, y ocurre cuando la capacidad personal para una determinada actividad no puede satisfacer la demanda del ambiente. Por tanto, la discapacidad puede disminuir, aumentando la capacidad o disminuyendo la demanda [44].

Según los datos de la Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS) de 1999, el número de personas mayores de 65 años con una o varias discapacidades asciende, en España, a 2.072.652, lo que supone una tasa del 32,2% de las personas de edad y el 58,7% del total de personas con discapacidad [45].

La prevalencia de discapacidad varía según el sexo y la edad, y es superior en las mujeres que en los hombres (el 35,9 frente al 27,1%) y en los octogenarios respecto de los más jóvenes (el 49,4 frente al 19% en el grupo de 65-69 años). La relación entre hombres y mujeres cambia de tendencia a partir de los 45-49 años de edad "a favor" de ellas, y la prevalencia de discapacidad hasta esa edad es superior en los hombres. [46]

Según el tipo de discapacidad, las tasas más frecuentes se relacionan con la movilidad - desplazarse fuera del hogar (20,9%), realizar las tareas domésticas (16,3%) y moverse dentro de casa (12,5%) -, son significativamente más elevadas en las mujeres que en los hombres y aumentan progresivamente a medida que se envejece [46].

Las discapacidades en las personas mayores proceden, sobre todo, de deficiencias osteoarticulares (el 11,8% de todos los mayores) y en menor proporción de problemas de la vista (8,8%), oído (8,4%), mentales y del sistema nervioso (6,1%) [47]. Los datos de la ENSE [47] corroboran, en líneas generales, los patrones por edad y sexo encontrados en la encuesta de discapacidades [48].

En los últimos años ha habido un aumento del porcentaje de población mayor de 65 años con problemas de dependencia, y se ve mucho más acusado a partir de los 80 años [49]. Esto se debe, al aumento del envejecimiento y a una mayor dependencia [50].

En relación a la estructura de hogares en España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 48.69% de los hogares en las personas de 65 años o más, están formados por dos miembros, mientras que el 21.54% habita en hogares unipersonales [51]. El resto viven en hogares de 3 miembros o más. Estos datos demuestran el auge de los hogares bipersonales y unipersonales. Además, con la edad, aumentan la proporción de hogares unipersonales, de forma que a partir de los 80 años aumenta, hasta los 90, con la máxima frecuencia, hasta que los problemas de salud imposibilita que los ancianos puedan seguir viviendo solos [1].

1.3.1 Apoyo familiar en pacientes mayores con dependencia y recursos económicos.

El apoyo de los familiares [52], es decir, el apoyo informal, ha adquirido una gran importancia en las últimas décadas como consecuencia de la disminución de recursos sociales [49], ya que en la mayoría de los casos los pacientes hospitalizados en situación de dependencia van a realizar la transición del hospital al de un familiar cercano (cónyuge, hijos, etc.), siendo esta ayuda en la mayoría de los casos de forma permanente. Esto va a implicar un cambio en la dinámica familiar y unas consecuencias directas en el cuidador y la familia como son problemas laborales, económicos, disminución del tiempo libre y lo que se ha llamado

sobrecarga del cuidador (estrés emocional) que evidentemente va a repercutir en los cuidados del paciente hospitalizado y en su evolución [41]. El apoyo social (redes sociales) que disponga el cuidador principal, estrategias de afrontamiento así como situación económica de base son factores que van a modular toda esta interacción [53].

A. El cuidador no profesional como agente proveedor de cuidados

"Cuidar" implica una atención deliberada para lograr mantener las mejores condiciones posibles en las personas atendidas.

Uno de los objetivos de este cuidado es la satisfacción de las necesidades básicas, que las personas necesitan para disfrutar del bienestar y salud. Estas necesidades de cuidado están presentes a lo largo de toda la vida, aunque su nivel dependerá de la situación de cada individuo [54].

El cuidado se considera como una actividad habitual, y sobre él se desarrollan habilidades y conocimientos adquiridos a lo largo de la vida [54].

La familia, entendida como red natural de cuidados, ha sido, y continua siendo, el principal sistema de bienestar y, muchas veces, el único recurso que disponen algunas personas. En España, a diferencia de otros países, esta situación se da con mayor frecuencia [55].

En la actualidad, las familias han disminuido el tamaño de la unidad (núcleo) y han modificado su dinámica y estructura con respecto a hace unos años [56]. Es frecuente encontrar parejas de ancianos que vivan juntos en su propio domicilio, a causa del aumento de la esperanza de vida y a una mayor calidad de vida.

Con las características propias de las familias en el entorno sociosanitario y cultural actual, el cuidador de una persona dependiente debe describirse con unas características determinadas.

Algunos autores, definen al cuidador informal como "los familiares, amigos o vecinos que permiten seguir viviendo en la comunidad de una manera confortable y segura a las personas, que por motivos de enfermedad crónica o incapacidad, les resulta imposible vivir de forma totalmente independiente" [57]. Otros autores lo definen como "la persona que atiende a otra persona con un deterioro funcional o cognitivo, a la que presta ayuda durante un tiempo prolongado" [58].

Durán [59] incluye la idea de la posibilidad de que el cuidado sea retribuido, debido a la incorporación de la mujer al trabajo remunerado fuera del hogar, que plantea nuevas formas de vida en familia.

En España, las mujeres forman el 83% de los cuidadores, con edades entre los 45 y 65 años. En, aproximadamente, el 40% de los casos no reciben ayuda de nadie y poseen un bajo nivel de recursos formales.

Diversos estudios coinciden, por un lado, en que entre los descendientes de la persona dependiente, existe un claro predominio del cuidador femenino, y por otro, recogen la importancia del cónyuge como cuidador de su pareja [60, 61]. Sin embargo, los cónyuges experimentan el cuidado de forma distinta a los hijos. Las esposas y maridos consumen más tiempo en los cuidados y perciben distinto grado de sobrecarga, y a su vez, las mujeres lo hacen de forma diferente a los hombres (quienes buscan más ayuda en el exterior). Aunque existen muchas mujeres cuidadoras que manifiestan un especial cansancio o agotamiento [62].

Además, las personas mayores frecuentemente demandan cuidados de salud, y al mismo tiempo, ofertan atención a nietos y otros mayores

En resumen, las dificultades en la vida diaria para el cuidador de un anciano dependiente, sobre todo en situaciones de cronicidad, se basan en las necesidades insatisfechas del anciano que atienden. En muchos casos, el agotamiento de los recursos de todo tipo (económicos, emocionales y/o físicos) también determinan la vida diaria de la persona que se encarga de la atención de un anciano dependiente [60].

1.4 CALIDAD DE VIDA Y SALUD

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

1.4.1 Calidad de vida

El concepto de calidad de vida aparece como tal a partir de mediados del Siglo XX con el movimiento de Indicadores Sociales de la escuela de Chicago [63, 64]. El concepto de calidad de vida se basaba inicialmente en indicadores objetivos como estado socio-económico, tipo de vivienda o nivel educativo [65], pero a medida que se realizan estudios se pone de manifiesto que dichos indicadores no son suficientes para explicar las diferencias en la calidad de vida que hay entre los sujetos [66].

En los años 70 y 80 la Organización para la Cooperación y Desarrollo [67], aunque sigue teniendo en cuenta los indicadores sociales como índices de calidad de vida, hablan del concepto de bienestar social, entendiéndolo como la obtención de las necesidades básicas y satisfacción de estas en una población.

Una aproximación diferente a la sociológica, más psicológica, es la línea de investigación realizada en Salud Mental donde se incide en el concepto de bienestar subjetivo definido como la experiencia de los sujetos sobre sus vidas, siendo el resultado final de las condiciones de vida y los procesos de evaluación. El bienestar subjetivo se mediría a través de escalas con medidas indirectas como la felicidad y la satisfacción [68]. Ambos conceptos son globales.

Diferentes investigaciones han demostrado que las condiciones objetivas de vida se relacionaban poco con la experiencia subjetiva de bienestar [69, 70].

Otra definición donde se pone de manifiesto el peso de los aspectos subjetivos es la que realiza el grupo WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life) de la organización Mundial de la Salud (OMS) en 1995 [71]: "las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones".

En esta definición destaca la importancia que se da a ciertos factores que influyen en la percepción individual como son las expectativas. Intereses así como el proceso cognitivo de evaluación.

Dentro de esta línea, el grupo de investigación de la OMS, plantea un modelo donde se tiene en cuenta la percepción del sujeto con 6 dimensiones

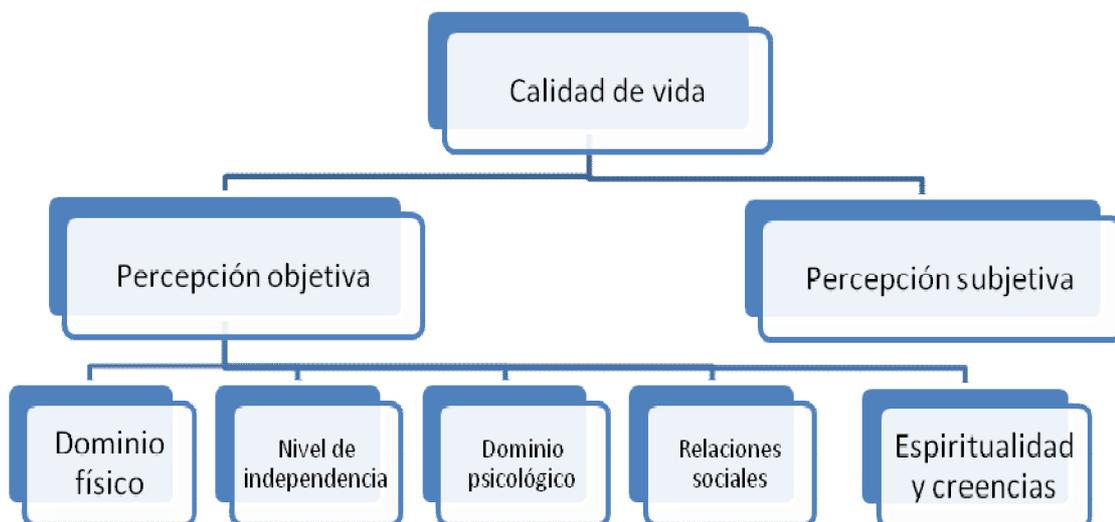


Figura. 17. Diagrama conceptual de la OMS. Recogido en Urzua, 2012 [65].

Por otro lado, la percepción de la calidad de vida estaría basada en procesos cognitivos similares a los que se produce al realizar juicios o en las actitudes. Este proceso estaría formado por los siguientes pasos [72]:

- 1- Identificar los dominios relevantes que comprenden.
- 2- Determinar los estándares en cada dominio.
- 3- Integrar los juicios separados de cada uno de los dominios en una evaluación global de la calidad de vida.

De esta manera, los procesos cognitivos vinculados a la evaluación que la persona realiza de las condiciones objetivas así como de su grado de satisfacción de ellas, modularían el nivel calidad percibido por el sujeto

Como se puede observar, no hay acuerdo a la hora de su definición. Estas discrepancias entre las definiciones de calidad de vida, se podrían agrupar en dos grandes polémicas [73].

- Por un lado, los que postulan que la calidad de vida se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones, frente a los que consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas como objetivas.
- Por otra parte, se cuestiona si la calidad de vida ha de referirse necesariamente a un concepto ideográfico, en el sentido de que es el sujeto quien ha de establecer cuál/es son los ingredientes que intervienen en la “calidad de su vida”, o a un concepto nomotético, es decir si puede ser establecida una calidad de vida general para todos los sujetos.

Otras investigaciones consideran que la discrepancia en la definición del concepto se debería a su carácter multidisciplinar [65]. La participación de diferentes ramas de las ciencias como son la medicina, economía y ciencias sociales ha promovido que el desarrollo de su conceptualización se dé desde puntos de vista diferentes.

A pesar de estos debates, hay un acuerdo general sobre algunas ideas claves [74]:

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque exista todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

En general, podemos decir que el concepto de calidad de vida quedaría enmarcado dentro de los siguientes parámetros [75]:

- Global versus fragmentaria: el concepto de globalidad se refiere a la multidimensionalidad, ya que el constructo desde esta perspectiva incluiría distintos dominios (salud física, psicológica y social) mientras que fragmentaria se referiría al estudio y definición de la calidad de vida desde un único dominio. En la actualidad, la tendencia de los estudios es tener en cuenta diferentes dominios. La salud es uno de los ámbitos concretos donde hay más estudios sobre calidad de vida.

- Objetiva versus subjetiva: se considera importante incluir tanto medidas objetivas como subjetivas, ya que como se ha comentado no necesariamente correlaciona las medidas subjetivas con la percepción de bienestar o de satisfacción.
- Concepto general versus específica: aquí se refiere a los instrumentos de medida. El debate está en si es mejor usar un instrumento único o debe generarse para cada condición (por ejemplo tipo de enfermedad). Esta discrepancia no tiene que ser excluyente ya que según el momento se puede utilizar unos instrumentos u otros.
- Visión positiva vs negativa en calidad de vida: aquí se está refiriendo al no ver solo las connotaciones negativas sino priorizar un enfoque más positivo. Esto ya se está poniendo en práctica desarrollando escalas que miden satisfacción o felicidad.

En la actualidad se considera calidad de vida como un constructo multidimensional, donde se tienen en cuenta al individuo y al entorno así como las interrelaciones de las diferentes variables que la comprenden [76,77].

1.4.2. Felicidad y bienestar

La tradición filosófica ya nos habla de estos conceptos. Aristóteles señala que la mayoría de las personas consideran que “la buena vida” es lo mismo que “ser feliz” y que felicidad significa diferentes cosas en diferentes momentos [78]. Estos conceptos son recogidos por la psicología positiva que enfatiza el estudio de la salud, el bienestar y la felicidad donde también se estudia el afecto negativo y positivo. Las investigaciones nos señalan que la afectividad positiva es independiente de la negativa [79].

El uso de términos como bienestar, felicidad y satisfacción se han usado de forma indistinta, lo que ha dificultado también a la hora de definir calidad de vida. Normalmente, en los estudios psicológicos, al hablar de calidad de

vida, se habla de bienestar subjetivo, que normalmente se mide a través de la satisfacción y la felicidad del sujeto [80]. Aunque estos conceptos se han usado de forma indistinta, tienen matices diferentes, es por ello por lo que cabe definirlos.

La satisfacción con la vida se considera que estaría relacionado con la evaluación del conjunto de condiciones de la existencia que se deriva de la comparación entre las aspiraciones y los logros actuales mientras que la felicidad sería un estado transitorio caracterizado por la alegría y regocijo [81].

Tanto la satisfacción como la felicidad son medidas globales, y su componente es subjetivo, mientras que la calidad de vida, como ya se ha comentado en el apartado anterior, además del componente subjetivo, incluye indicadores objetivos, que no se pueden obviar [82].

En el concepto de bienestar, se distinguen dos perspectivas generales [83]:

La tradición hedónica, que estudia el bienestar subjetivo relacionado con la evaluación global que realiza el sujeto de las situaciones tanto placenteras como las que no lo son y se relaciona con aspectos como la satisfacción vital, la felicidad y los afectos positivos [84,85].

La tradición eudaimónica, que estudia el bienestar psicológico como indicador de un funcionamiento positivo en el individuo y que tiene que ver con el desarrollo de sus capacidades y su crecimiento personal [86].

Desde el punto de vista sociológico, los factores sociodemográficos como la edad, género, estado civil son factores importantes a la hora de medir el bienestar subjetivo [87]. También un predictor de peso en el bienestar es la percepción del individuo de sus recursos como el apoyo social [88].

Por otro lado, el bienestar ha sido principalmente estudiado desde el área de salud mental y desde el enfoque de la psicología de la personalidad como un indicador importante en la calidad de vida relacionada con la salud[89].

En diferentes investigaciones se observa que la salud mental y la capacidad funcional influyen en el bienestar y calidad de vida, y que la percepción de salud tendría relación con la autoestima, satisfacción con la vida y depresión [90, 91]. En las personas mayores, se observa que la percepción de bienestar, cuando se tiene una enfermedad crónica, está relacionada con el tipo de enfermedad, sus limitaciones funcionales, apoyo social y percepción de control [92]. No obstante, habría que estudiar con más detalle las variables que influyen en el bienestar en las personas mayores en relación a su estado de salud.

En investigaciones prospectivas, realizadas sobre bienestar, un alto nivel de bienestar positivo, protegería a la hora de desarrollar problemas o tener dificultades en la vida diaria [93]. También reduciría el riesgo de mortalidad. Este tipo de resultados se han encontrado de forma significativa en personas mayores de 65 años [94].

1.4.3 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Con el desarrollo de los avances tecnológicos se ha disminuido la mortalidad y morbilidad de muchas enfermedades ocasionando el que muchas de ellas se transformen en enfermedades crónicas. Por otro lado estos avances, con la mejora de las condiciones de vida, ha aumentado la longevidad de las personas surgiendo nuevos problemas dentro del ámbito sanitario y social. Hay un aumento de los costes y surgen múltiples factores que son focos de estrés (paro, divorcio, enfermedad) que predisponen a la enfermedad y a un deterioro del bienestar del individuo.

Para resolver los problemas y atender a las necesidades de la población el modelo biomédico no sirve, ya que no hay una relación directa entre las variables objetivadas por el médico y el bienestar de los individuos por lo que se cambia a un modelo biopsicosocial donde tiene importancia la percepción de los individuos, experiencia y donde se da mayor importancia a las relaciones salud-paciente. La salud se plantea desde un enfoque más holístico donde no solo se combate la enfermedad sino que hay que

promover el bienestar. Así la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1945 define la salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Dentro de esta visión empieza a tomar peso el concepto de calidad de vida [75].

La salud, por tanto, sería una variable importante a tener en cuenta en los diferentes estudios sobre calidad de vida. Según la literatura científica ha habido confusión entre términos de estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud [95,96]. Como ya se ha comentado, según la OMS, la salud sería un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad [97]. Por otro lado, "estado de salud" describiría la salud, tal y como se ha valorado mediante medidas objetivas. Calidad de vida sería un concepto mucho más amplio, que englobaría, además del estado de salud otros ámbitos como son la economía, la educación, el medio ambiente, incluso el sistema de salud, y que tendría que ver con la percepción global de satisfacción en un que tiene el sujeto con estas dimensiones [98].

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto relacionado con salud, estado de salud y calidad de vida global. Se podría definir como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo [99]. Aquí se enfatiza la percepción del individuo.

La CVRS también es un constructo multidimensional, que se relaciona con aspectos que tienen que ver con la percepción de la salud, con la dimensión física, mental y social.

El CDC de EEUU (Centers for Disease Control and Prevention) refiere que el concepto CVRS ha evolucionado, y en muchos casos incluye también otros aspectos de calidad de vida más global, como puede ser apoyo social, estado socioeconómico, y a nivel comunitario, incluye recursos, condiciones políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene sobre su salud y sus estado funcional [100].

Otras definiciones de CVRS dan más prioridad a la opinión de los pacientes, es decir a la percepción que tienen, ya no sólo de su estado de salud, sino de las expectativas ante un tratamiento, o del apoyo social / familiar, etc. En esta línea, estaría la definición de Urzua [101], que considera el nivel de bienestar está derivado de la evaluación que la persona realiza de diferentes dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene en su estado de salud.

Por otro lado, Schwartzmann [79], propone como definición de CVRS como el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tiene sobre la percepción que el paciente tiene de su propio bienestar.

Este mismo autor considera la percepción del paciente de su estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual, es un elemento básico, y depende de los valores y creencias, así como del contexto cultural e historia personal. Considera la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad [102].

Cabe destacar, que la CVRS, al igual que la calidad de vida, son constructos latentes, es decir, que se miden de forma indirecta, a través de una serie de indicadores, que son apoyo social, estado de salud, enfermedad, nivel socioeconómico, condiciones laborales entre otros [95].

En resumen, la definición de CVRS englobaría tres conceptos, que se detallan a continuación:

1. El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
2. Los efectos resultan una disminución de la ejecución normal del sujeto.

3. Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto.

Por otro lado, si se habla de salud percibida, como un indicador de la CVRS, ésta es peor cuando existe sintomatología física, dolor, enfermedad crónica-grave, limitación de la capacidad funcional, consumo de medicamentos, estilos de vida no saludables o somatizaciones [103]. Además, el significado de salud y bienestar, estaría influido por la condición social, cultural y forma de vida. Por tanto, las personas que pertenecen a las clases sociales con menor nivel cultural e ingresos, son las que tienen una peor salud percibida. E incluso hay investigaciones que observan una fuerte correlación entre la distribución de recursos económicos y mortalidad [104].

1.4.4 La calidad de vida en personas mayores de 65 años

En estudios relacionados con personas mayores de 65 años, se observa que los factores que influyen en la calidad de vida tienen que ver con apoyo social, percepción de salud, salud mental, capacidad funcional, vivienda, recursos económicos, percepción de control y disponibilidad de oportunidades [44,105, 106, 107].

Otros estudios, refieren que la calidad de vida de las personas mayores está condicionada a si se perciben enfermas o no. Si se perciben enfermas, la calidad de vida se relaciona con variables como autoaceptación, apoyo social, salud física y mental, mientras que si no se perciben enfermas, estará asociada a variables que tienen que ver con el propósito de la vida, salud mental, apoyo social, salud física y autonomía [96]. La salud percibida va a ser uno de los factores más importantes en la calidad de vida de las personas mayores [108].

La investigación de los factores que influyen en la calidad de vida en personas de más de 65 años, son importantes para desarrollar estrategias que mejoren su bienestar, ya que son más vulnerables a tener problemas

de salud y enfermedades crónicas [32]. De esta manera se puede diseñar escalas e instrumentos que nos ayuden a determinar las necesidades sanitarias y sociales, realizando una planificación más real.

Por otro lado, en la investigación realizada sobre “Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez” publicada por el IMSERSO [95] se evidencian diferencias entre diferentes grupos de edad. Así, en las personas mayores de 65 y 74 años influye el componente afectivo, mientras que entre los 75 y los 84, a parte del componente afectivo, también hay otras variables de peso, como son el funcionamiento cognitivo, el estado físico y el estado de salud. A partir de los 95 años, es la percepción de estado de salud el componente más importante en la calidad de vida. Esta investigación apuesta por crear nuevos modelos diferentes en función del género y de la edad.

Otros estudios demuestran que las personas mayores afrontan de forma adecuada el envejecimiento y la vejez [109]. Esta adaptación parece ser fundamentalmente el resultado de poner en marcha comportamientos y habilidades que ayudan a la persona “hacer lo que tiene, puede y quiere hacer”, siendo de esta manera, la calidad de la experiencia más satisfactoria. En la medida que las condiciones físicas y sociales cambian, las personas mayores cambian también sus habilidades y adoptan modos de actuar diferentes para conseguir una vida de calidad [110].

1.4.5. Diferencias de género

En diferentes investigaciones se ha obtenido diferencias de género, al hablar de salud y calidad de vida. Un ejemplo es el análisis realizado por Carmen Leal Cercós, sobre mujer y psicopatología [103], donde defiende que el género puede afectar a todos los aspectos de la psicopatología, prevalencia, expresión de síntomas, evolución, búsqueda de tratamiento y respuesta al mismo, siendo un factor determinante para la salud. Se ha visto que las mujeres utilizan más los recursos sanitarios por trastornos

somáticos y psiquiátricos, y consumen un mayor número de psicofármacos que los hombres.

En cuanto a las diferencias de género, el estudio realizado sobre el análisis de la calidad de vida en la vejez [95] señala que existen diferencias significativas, de forma que los hombres suelen tener una mejor percepción de calidad de vida relacionada con su estado de salud. En cuanto a las diferencias de salud percibida entre los hombres, los síntomas que manifiestan son más somáticos, mientras que las mujeres, lo que valoran es su capacidad de autonomía en las actividades de la vida diaria, tanto las básicas como las instrumentales. Por otro lado, hay una mayor importancia en el hombre de los componentes emocionales, de forma que si se sienten deprimidos o perciben más síntomas, manifiestan peor calidad de vida, mientras que las mujeres dan mayor importancia al componente cognitivo. Pero a nivel global, la percepción de calidad de vida sigue siendo mejor valorada por los hombres que por las mujeres.

En el informe de salud y género, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el 2006, y titulado " Las Edades Centrales de la Vida" [111], se afirma también que las mujeres tienen una menor salud percibida que los hombres.

En otros estudios la percepción de mal estado de salud, en mujeres mayores de 60 años se relaciona con falta de apoyo en la vida cotidiana y la no finalización de los estudios primarios. En los hombres se relaciona con la ausencia de apoyo emocional y la necesidad de apoyo en el cuidado personal [48, 83].

1.4.6 Escalas que miden la calidad de vida

La utilización de escalas que ayuden a valorar la calidad de vida de las personas a través de indicadores de bienestar, salud percibida y satisfacción, es importante como se ha comentado, para valorar los factores más relevantes que pueden intervenir en la calidad de vida tanto

en un sector de la población como en el conjunto de la comunidad. Las medidas en calidad de vida dentro del dominio de la salud, según Schwartzmann [79], tendrían relevancia por los siguientes motivos:

1. La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costes, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente.

2. Se debería además analizar el proceso de atención a la salud tanto en lo que hace a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) así como la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente.

3. El estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del paciente y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.

4. Las decisiones exclusivas en base a costes, que se vienen dando en general, donde la medicina pasa a ser una mercancía, son éticamente inaceptables y desde los profesionales de la salud debería insistirse en la necesidad de tomar en cuenta los otros elementos planteados.

Por otro lado el grupo WHOQOL, en 1995, determinó los puntos de consenso que deberían tener las medidas de CVRS [71]:

1. *Subjetivas*: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. *Multidimensionales*: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
3. *Incluir sentimientos positivos y negativos*.

4. Registrar la *variabilidad en el tiempo*: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran

Existen una gran variedad de instrumentos que han sido desarrollados para responder a cuestiones y circunstancias particulares. En muchas ocasiones se clasifican en función de si son de carácter global, genérico que no son específicas de ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general así como a grupo de pacientes, y de dominio específico que se centran en una determinada enfermedad [112]. No obstante, como se ha comentado en apartados anteriores, este tipo de medidas no son excluyentes, y el uso de una u otra dependerá de los objetivos y necesidades de la valoración. En nuestro estudio, debido a sus características (pacientes con distintas patologías) se han escogido instrumentos de carácter global: cuestionario de BACA y el SF-36, que se detallan y explican en el apartado de método.

1.5 DISCIPLINA ENFERMERA: MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

En los dos último siglos la enfermería ha ido desarrollándose como ciencia y profesión, a través de la aparición y desarrollo de las teorías que lo sustentan. De esta forma, se ha ido cambiando la percepción de enfermería, que era entendida como un oficio, hacia un nuevo modelo basado en el conocimiento científico. Este conocimiento científico se hace patente con el desarrollo de las teorías y modelos de enfermería [113].

Las teorías consisten en conceptos relacionados entre sí y que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa [114]. Las funciones de las teorías son:

- Síntesis de conocimiento
- Explicación de los fenómenos de interés para la disciplina
- Previsión de medios para predecir y controlar los fenómenos.

Cabe destacar la diferencia entre teorías y modelos. Un modelo es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad. Son útiles para el desarrollo de teorías, ya que ayudan a la selección de los conceptos relevantes y necesarios para representar un fenómeno de interés.

Así, un modelo es una representación simbólica y conceptual expresada en términos lógico de una tendencia.

1.5.1 Importancia de los modelos para el cuidado

Los modelos conforman un conjunto de conceptos y teorías de base de una disciplina, que son relevantes para su comprensión.

Gracias a estos modelos, es posible aportar conocimientos, aplicados a la práctica y que permiten obtener mejores resultados. Además, facilita la

organización de ideas acerca de los elementos de una situación práctica [115].

Por otro lado, favorecen una comunicación más significativa, aportando una terminología común entre los profesionales.

Finalmente pueden servir como guía en la práctica, docencia e investigación.

Cabe destacar que al trabajar con un modelo de enfermería, se encuentran las siguientes ventajas:

- Se realiza una valoración basada en las respuestas humanas, y no en signos y síntomas.
- La atención prestada es integral
- Se clarifica el campo asistencial de la enfermería, pudiendo llevar a cabo actividades más independientes.
- Permite realizar el proceso de atención de enfermería

1.5.2 Conceptos nucleares de la Enfermería

La disciplina enfermera hace referencia a una serie de conceptos, que se desarrollan en todos los modelos de enfermería, y que son fundamentales para la identificación de la profesión: salud, persona, entorno y enfermería.

En los siguientes apartados se describen en mayor profundidad estos conceptos [113].

A. Salud

El concepto de salud ha ido modificándose y evolucionando a lo largo de la historia, aportando y completando a la dimensión física, las dimensiones

psíquica y social, e incluyendo "bienestar" a la definición, tal y como se define por la Organización Mundial de Salud (OMS) [97]. En esta definición se dice que la salud es el "completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad".

Desde la enfermería, debe ser contemplada desde las áreas de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la persona.

B. Persona

Se concibe como un ser global con necesidades y características individuales y comunes que experimenta cambios y se relaciona consigo mismo, con otras personas y con su entorno. Se trata de la receptora de los cuidados enfermeros, tanto si está sano como enfermo [114, 115].

C. Entorno

La persona se encuentra enmarcada / rodeada por un medio interno y externo, y que tiene repercusión directa en la actuación enfermera y en el bienestar de la persona y su salud [114, 115].

D. Enfermería

Una profesión se define generalmente como una ocupación con componentes éticos, encaminada a aumentar el bienestar humano y social.

Para dar una buena atención de enfermería se requieren unos conocimientos científicos y técnicas específicas que se adquieren por medio del estudio teórico-práctico y, a través de la práctica diaria y una formación continuada [114, 115].

Para poder establecer una interrelación humana, que requiere la enfermería, utiliza conocimientos y técnicas de las ciencias biológicas, físicas y psicosociales. Asimismo, requiere la aplicación de un método que permita planificar, organizar, ejecutar y valorar los cuidados prestados.

1.5.3 Modelos y teorías de enfermería

Hay diferentes formas de clasificar los modelos, pero se suele hacer sobre la base de las teorías en que se sustentan [113, 114, 115].

A. Modelos de interacción

Los modelos de interacción se sustentan en la "teoría de la comunicación-interacción entre personas". Se denominan también "modelos de relaciones interpersonales", y están basados en la interacción enfermera-paciente, y se refieren a todo contacto en el que dos personas ejercen una influencia mutua a través de la comunicación, ya sea verbal o no verbal.

En este movimiento destacan teóricas como Orlando, Travelbee y Peplau, en el que sus modelos están centrados en aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la relación enfermera-paciente.

B. Modelos de necesidades humanas.

Teóricas como Orem, Henderson y Roper, desarrollaron sus modelos basándose en la "teoría de las necesidades humanas". A partir de esta teoría se elaboran los modelos de necesidades humanas (basadas en la teoría de la motivación y personalidad de Abraham Maslow), cuyo estudio constituye el núcleo para el desarrollo de los planteamientos de enfermería.

Más adelante se detallarán algunos de los modelos de estas teóricas.

C. Modelos de sistemas.

Estos modelos parten de la "teoría general de sistemas". Se contempla al paciente como un sistema abierto y se define al sistema como un conjunto de partes relacionadas, que funcionan juntas para formar un todo.

Destacan en este modelo King, Johnson y Newman.

La función de la enfermería se centra en las respuestas que los individuos dan a los estresores, pudiendo actuar como prevención primaria, secundaria o terciaria.

1.5.4 Principales teóricas de la enfermería

En este apartado se exponen los enunciados más relevantes de algunas de las principales teóricas de los modelos de enfermería.

A. Virginia Henderson. Principio de los cuidados básicos

Según Virginia Henderson, la única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena); actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

Su modelo defiende que todos los seres humanos tienen 14 necesidades (entendida como requerimiento) básicas, que son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene suficientes conocimientos para ello. Estas necesidades deben ser satisfechas para que la persona pueda adquirir la independencia a la que aspira. Son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Eliminar por todas las vías
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con los demás
11. Actuar de acuerdo con la propia fe
12. Llevar a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender a descubrir o a satisfacer la curiosidad de manera que se pueda alcanzar el desarrollo normal y la salud

Según el grado de independencia, la relación enfermera-paciente, puede tener tres niveles diferenciados:

1. Enfermera como sustituta, de algo necesario para el paciente.
2. Enfermera como ayuda para el paciente. Le ayuda a recuperar su independencia.
3. Enfermera como compañera del paciente. Ambos deben colaborar estrechamente en el tratamiento

B. Dorotea Orem

Para Orem, el objetivo de la enfermería es ayudar al individuo a llevar a cabo y a mantener por sí mismo acciones de autocuidado, para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Su teoría se sustenta en base a tres conceptos:

1. El autocuidado. Se trata de una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo. Se trata de una conducta ante la vida dirigida hacia sí mismo en beneficio de la salud y el bienestar.

2. El déficit de autocuidado. Se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el cuidado continuo. Este déficit requiere de los cuidados de enfermería.

3. Los sistemas de enfermería. Se trata de complejos métodos de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente. Existirían tres sistemas:

- Sistema totalmente compensador. Trata de compensar una incapacidad total para el autocuidado de un paciente.
- Sistema parcialmente compensador. En este caso, la enfermera y paciente realizan medidas, de forma que la paciente trata de compensar las limitaciones del paciente.
- Sistema de apoyo educativo. En pacientes capaces o que deben aprender acciones propias para el autocuidado.

C. Hildelgard Peplau

Su modelo está orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica. Definió la enfermería como aquella capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar sus dificultades. Entre la relación paciente y enfermera describió cuatro fases:

1. Orientación. El paciente tiene una necesidad insatisfecha. En esta fase la enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.
2. Identificación. El paciente se identifica con quienes pueden ayudarle. La enfermera le ayuda a desarrollar las fuerzas positivas para satisfacer sus necesidades.
3. Explotación. El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.
4. Resolución. Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y cuanto más independiente es el paciente, se va liberando más de su identificación con el enfermero.

Además, describe seis funciones diferentes a desarrollar por la enfermería:

1. Papel de extraño. Es necesario establecer una relación con el paciente.
2. Papel de persona a quien recurrir. La enfermera debe dar respuesta al paciente, adaptándolas según la personalidad y capacidades del paciente.
3. Papel docente. La enfermera realiza enseñanzas a los pacientes.
4. Papel conductor. El paciente es ayudado a través de una relación de cooperación y participación activa.
5. Papel de sustituto. La enfermera sustituye las funciones del paciente.
6. Papel de asesoramiento. Es muy importante este papel en la relación enfermera-paciente.

1.5.5 La valoración de enfermería

La valoración de enfermería es la primera etapa del proceso de atención de la enfermería (PAE), que consta de cinco etapas claramente definidas, y que se muestran en la figura 17. La finalidad de esta etapa es identificar de forma continuada la respuesta que un sujeto manifiesta en relación con las diversas circunstancias que le afectan [116].

La valoración de enfermería se puede definir como "un método sistemático de recogida de datos, que consiste en la apreciación (estimación) del individuo, familia o comunidad con la finalidad de identificar las necesidades potenciales o reales de salud" [117].

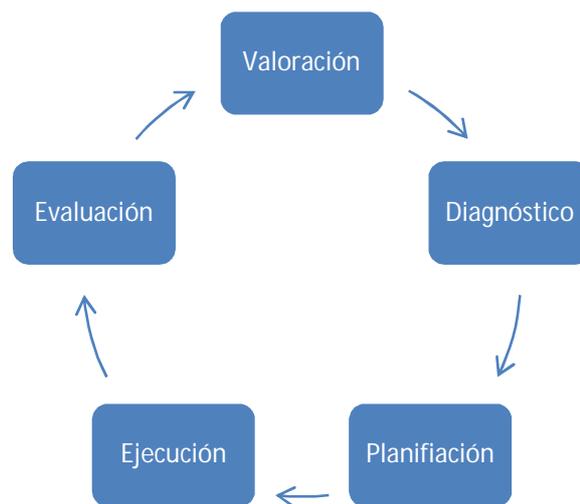


Figura 18. Etapas del proceso de cuidados de enfermería

La forma de realizar la valoración de enfermería ha evolucionado y ha seguido los modelos de Orem o Henderson. Como consecuencia del desarrollo de la taxonomía diagnóstica de enfermería, Marjory Gordon formula una propuesta de valoración organizada en los llamados "patrones funcionales", que proporcionará a la enfermera una base de datos básica de cualquier sujeto [118].

A continuación se exponen unas breves pinceladas de la teoría de Marjory Gordon, y se detallan los patrones funcionales que diseñó.

A. Marjory Gordon

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero [118].

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon (1982) cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todos las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta [118].

Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación [119].

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones de actuación) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a

todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

A.1 Patrones funcionales

A continuación se enumeran y detallan los patrones funcionales.

Patrón 1: percepción de la salud

Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.). En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

Incluye:

- Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos.
- Prescripciones médicas y de enfermería.

Patrón 2: nutricional - metabólico

Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Incluye:

Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimentación).

- Medidas antropométricas.
- Aspectos psicológicos de la alimentación.
- Patrón de alimentación del lactante.
- Lesiones cutáneas. Estado de la piel, membranas mucosas y dientes.

Patrón 3: eliminación

Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Incluye:

- Patrón de eliminación intestinal.
- Patrón de eliminación vesical.
- Patrón de eliminación a través de la piel.

Patrón 4: actividad - ejercicio

Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Incluye:

- Actividades de la vida diaria.

- Cantidad y tipo de ejercicio y deporte.
- Actividades recreativas.
- Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

Patrón 5: sueño - descanso

Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Incluye:

- Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo.
- Ayudas para el sueño y el descanso.

Patrón 6: cognitivo - perceptivo

Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Incluye:

- Situación de los sentidos sensoriales.

Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

Patrón 7: autopercepción - autoconcepto

Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Incluye:

- Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía.
- Imagen corporal y patrón emocional..

- Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular.
- Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

Patrón 8: rol - relaciones

Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Incluye:

- Percepción de las responsabilidades de su rol.
- Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

Patrón 9: sexualidad - reproducción

Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Incluye:

- Satisfacción con la sexualidad.
- Trastornos de la sexualidad.
- Problemas en etapa reproductiva de la mujer.
- Problemas en la menopausia.

Patrón 10: tolerancia al estrés

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Incluye:

- Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad.
- Manejo del estrés.
- Sistemas de soporte y ayuda.
- Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Patrón 11: valores - creencias

Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

Incluye:

- Cosas percibidas como importantes en la vida.
- La percepción de la calidad de vida.
- Conflicto con los valores o creencias importantes.
- Las expectativas relacionadas con la salud.

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

En este apartado se exponen las hipótesis de trabajo que se han planteado en este estudio para la población de personas mayores de 65 años hospitalizadas.

H.1. Hipótesis principal

La hipótesis de trabajo responde a la pregunta de si existe una relación entre riesgo social y la pérdida de calidad de vida, y la relación entre riesgo social y la alteración de los patrones funcionales. Y si variables como el sexo, la edad, problemas de salud y nivel socioeconómico determinan las diferencias encontradas en riesgo social.

H. 2 Hipótesis específicas:

- Las personas mayores de 65 años con mayor riesgo social tienen una menor calidad de vida.
- Las personas mayores de 65 años con mayores problemas de salud tienen mayor riesgo social.
- Las mujeres mayores presentan mayor riesgo social y peor calidad de vida.
- Las personas con menores ingresos económicos tienen mayor riesgo social y peor calidad de vida.
- El riesgo social aumenta con la edad en la población mayor de 65 años.
- La alteración de los patrones funcionales está relacionado con mayor riesgo social.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

En este apartado se detallan los objetivos, tanto principales como específicos del estudio.

3.1 Objetivo principal

Detectar, de forma precoz, la presencia de riesgo social que pueden darse en pacientes hospitalizados mayores de 65 años.

Describir la alteración de la calidad de vida relacionada con el riesgo social, en el grupo de estudio.

3.2 Objetivos secundarios

- Valorar la relación entre el riesgo social en personas mayores de 65 años y la calidad de vida.
- Describir la relación entre el riesgo social y los problemas de salud de las personas mayores de 65 años.
- Observar la relación entre el género y riesgo social y la calidad de vida.
- Describir la relación entre los ingresos económicos de las personas mayores de 65 años y el riesgo social y calidad de vida.
- Relacionar la edad con el riesgo social en la población mayor de 65 años.
- Demostrar que la alteración de los patrones funcionales está relacionado con mayor riesgo social.

4. MATERIAL Y METODO

4. MATERIAL Y METODO

Con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación y los objetivos descritos se desarrolló una metodología apropiada en la que se seleccionó el grupo de estudio, la recogida de datos y el análisis de los mismos.

A continuación se detallan todos los apartados relacionados con el ámbito de estudio, el diseño del mismo, así como la población y muestra y las variables de estudio.

También se exponen los instrumentos utilizados, y las consideraciones éticas, tenidas en cuenta para la realización del estudio.

.

4.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio es la población adscrita al Departamento de salud de Manises, ubicado en la provincia de Valencia, concretamente los pacientes hospitalizados en Hospital de Manises y Hospital de Crónicos de Mislata, entre septiembre del 2014 y enero del 2015.

4.1.1 El Departamento de salud de Manises

El Departamento de Salud de Manises cubre la demanda sanitaria de 195.000 personas procedentes de los 14 municipios adscritos a su departamento: Manises, Buñol, Alborache, Macastre, Yátova, Cheste, Chiva, Quart de Poblet, Godelleta, Turís, Loriguilla, Ribarroja, Aldaia y Mislata [120].

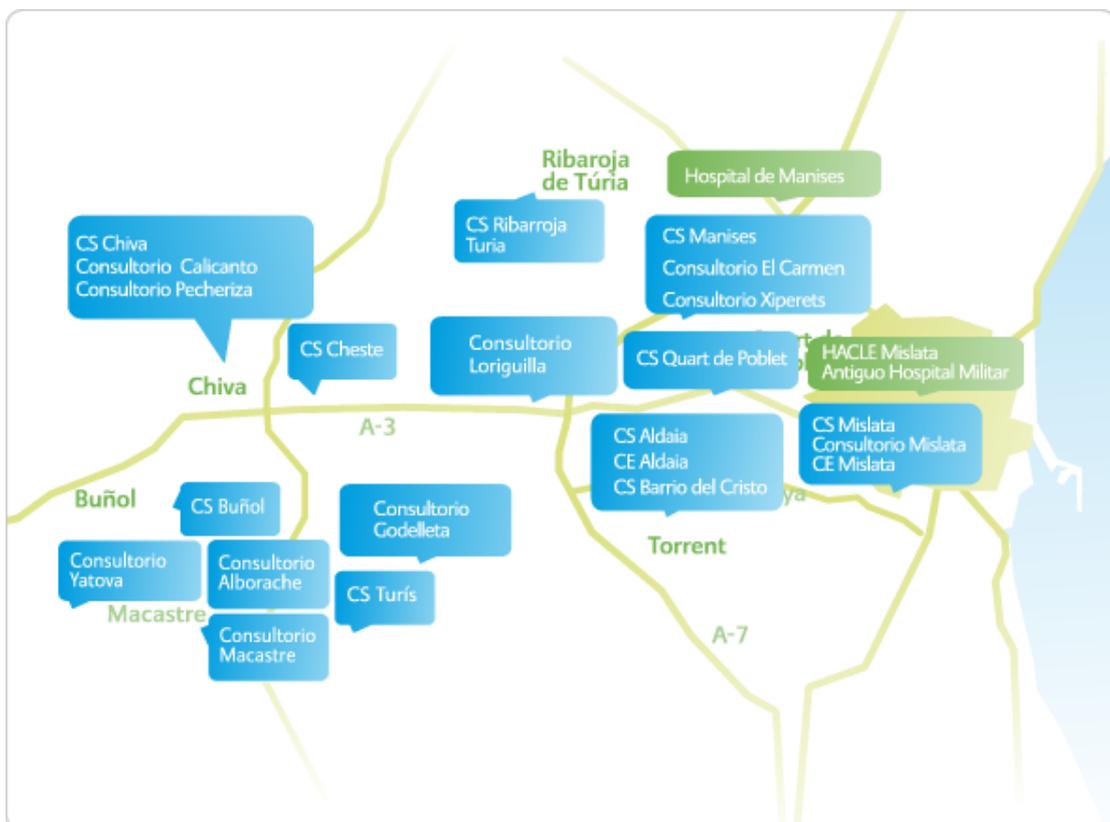


Figura 19. Mapa del Departamento de Salud de Manises.

La filosofía con la que trabaja el Departamento es la de ofrecer un servicio de salud totalmente integrado, un objetivo posible gracias a su completa cartera de servicios que cubre desde la atención primaria, a través de diez centros de salud, diez consultorios locales y dieciséis unidades especiales integradas en los centros de salud; a la atención especializada, concentrada en dos centros de especialidades, uno en Mislata y otro en Aldaya y un centro hospitalario, el de Manises.

Además, a través del Hospital de Crónicos de Mislata, también se ofrecen servicios de hospitalización a pacientes de media y larga estancia, un hecho diferencial pues es la primera vez que estos servicios están integrados con el resto de recursos de un departamento de salud valenciano. En esta unidad, los pacientes ingresan, según sus objetivos de actuación, en cuatro unidades diferenciadas: larga estancia, daño cerebral, convalecencia y paliativos.

En el Hospital de Crónicos de Mislata, también existe una Unidad de Neurorehabilitación Infantil, que atiende de forma ambulatoria niños con problemas de trastornos generalizados del desarrollo y daño cerebral.

Desde el Hospital se gestionan también los recursos asistenciales públicos de todo el Departamento de Salud de Manises. Esto supone la administración de los 10 centros de salud, los 10 consultorios locales, los dos centros de especialidades y el Hospital de crónicos ubicado en Mislata.

El Hospital de Manises tiene una capacidad de 221 habitaciones individuales, 104 de ellas pueden convertirse en dobles si se requiere, llegando así a disponer de 325 camas de hospitalización. El centro está organizado con un "modelo hospitalista" en las especialidades médicas, siendo la medicina interna el eje de la hospitalización médica, y actuando el resto de especialidades (neumología, neurología, reumatología o rehabilitación, entre otras), como superespecialidades consultoras. La cartera de especialidades cuenta con servicios altamente especializados como Neurocirugía, Cirugía Torácica, Área Clínica del Corazón con Cirugía Cardíaca y un servicio único en España de Cirugía Reconstructiva.

La misión y compromiso del Departamento de salud de Manises es ofrecer a los ciudadanos del área de L'Horta Manises una asistencia sanitaria completa y de calidad, con la máxima profesionalidad, respeto y eficacia. Y todo ello con una innovadora propuesta de gestión que facilita el acceso de la población a los servicios médicos y promueve la integración y coordinación entre la atención primaria y la atención especializada [120].

A. Modelo de gestión

El Hospital de Manises está gestionado bajo el modelo de concesión administrativa conocido como modelo Alzira. Este sistema se basa en cuatro principios fundamentales: la financiación, la propiedad y el control es público, y tan solo la prestación es privada, de manera que la calidad asistencial queda garantizada y la Administración no pierde el control de la prestación.

Financiación Pública: El sistema de contraprestación se basa en un pago "capitativo". La Administración paga a la empresa concesionaria una cantidad anual fija y preestablecida por cada uno de los habitantes adscritos.

Propiedad Pública: En todo momento se garantiza la naturaleza pública del servicio de salud. El centro objeto de concesión es un hospital público, construido en suelo público y perteneciente a la red de hospitales públicos.

Control Público: La empresa concesionaria está sujeta al cumplimiento de las cláusulas establecidas en el pliego de condiciones. La Administración tiene capacidad de control y de inspección, así como facultad normativa y sancionadora.

Prestación Privada: La prestación del servicio sanitario se adjudica durante un periodo de tiempo preestablecido a una empresa concesionaria, que se compromete a la buena marcha y gestión del servicio público.

Se trata de un modelo con una amplia experiencia en la Comunidad Valenciana, pues fue inaugurado en 1999 con la puesta en marcha del Hospital de La Ribera en Alzira.

4.1.2 Algunos datos de pacientes hospitalizados en el Hospital de Manises y Hospital de Crónicos de Mislata.

Analizando datos básicos de actividad del Hospital de Manises y del Hospital de Crónicos de Mislata del 2014 (fuente historia clínica), la media de pacientes ingresados en ambos centros (excluyendo la unidad de pediatría y neonatología), fue de 63,81 años. El 56% de los pacientes ingresados tenían 65 años o más. En cuanto al género, el 55% de los pacientes ingresados fueron hombres y el 45% mujeres.

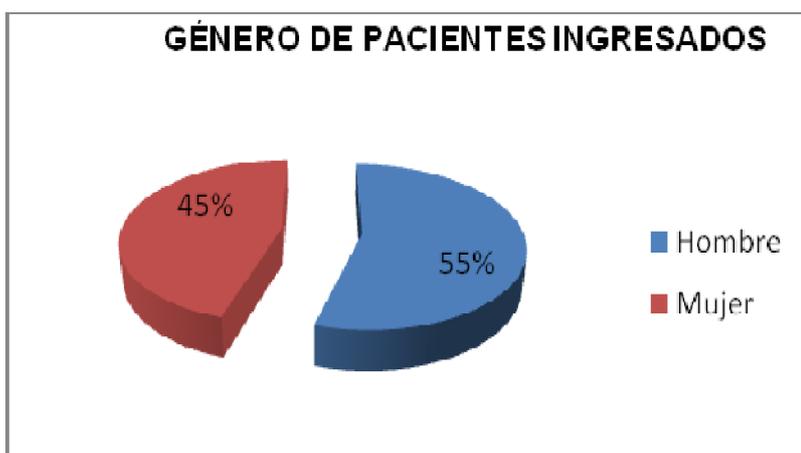


Figura 20. Sexo de pacientes ingresados.

El 98% de los pacientes ingresaron en el Hospital de Manises, tal y como muestra la figura 19.

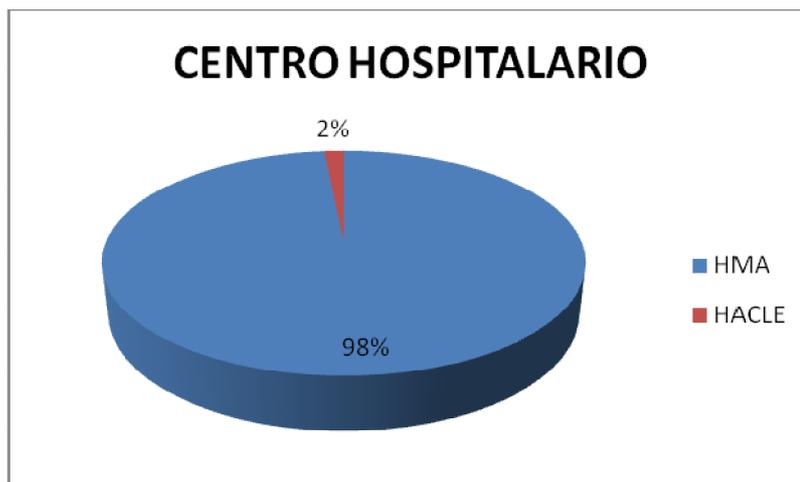


Figura 21. Porcentajes de centro Hospitalario

En relación a las especialidades de ingreso, en la siguiente figura, se muestran los porcentajes de ingreso. El porcentaje más alto de pacientes ingresados, fue en el servicio de medicina interna, con un 38,7% de los ingresos. seguido de traumatología, con un 17,9% y de cirugía general, con un 11,5%. La estancia media global fue de 5.31 días.

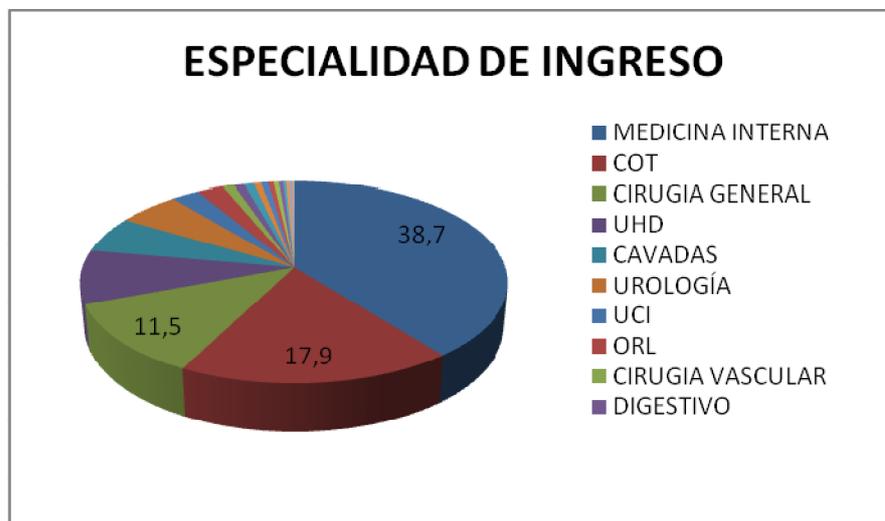


Figura 22. Especialidad de ingreso en atención especializada en Manises

Por centros, la edad media de pacientes ingresados en el Hospital de Manises fue de 63.78, mientras que la del Hospital de Crónicos, fue de 71.96. Los porcentajes de género fueron muy similares.

Si atendemos al tiempo de estancia, en Manises, la estancia media fue de 5.29 días, mientras que la de crónicos fue de 30.76.

4.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de carácter descriptivo, correlacional, y analítico desarrollado entre septiembre del 2014 y enero del 2015, que consta de dos fases:

Fase 1. Validación de cuestionario específico

El cuestionario diseñado por Virginia Pérez Escamilla (2013), trabajadora social del Hospital de Crónicos de Mislata, se basó en su experiencia con el contacto diario de pacientes hospitalizados, se validó, en un primer momento.

Para la validación del cuestionario se planteó una valoración interjuez, con un experto en valoración social y la relación con la Escala Gijón [121].

Fase 2. Valoración de riesgo social relacionado con calidad de vida, patrones funcionales de Gordon y otras variables sociodemográficas.

Para la realización del estudio, se recogieron, además, los siguientes cuestionarios y variables, que se analizaron en un segundo momento:

- El cuestionario de riesgo social (SDRS).
- Un cuestionario de calidad de vida [122].
- Escala de salud SF-36 [123].

También se realizó una valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Gordon y se recogieron datos sociodemográficos (en apartados posteriores se detallan). Estas variables fueron analizadas en esta fase.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio son hombres y mujeres hospitalizados en Hospital de Manises y Hospital de Crónicos de Mislata, mayores de 65 años.

La muestra está formada por 202 pacientes hospitalizados, con garantías estadístico/psicométricas para una validación completa del test. Además se considerará la representatividad de la muestra.

4.3.1 Descripción de la muestra

La muestra se compone de 202 participantes, siendo un 51% hombres y un 49% mujeres. La edad media de la muestra es de 78.08, con una edad mínima de 65 años y una máxima de 99.

4.3.2 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión de participantes en el estudio fueron:

- Pacientes ingresados en el Hospital de Manises y en el Hospital de Crónicos de Mislata.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 65 años.
- Pacientes que no sufrieran alteraciones cognitivas.
- Pacientes que otorgaron el consentimiento informado.

4.3.3 Criterios de exclusión

En cuanto a los criterios de exclusión de los participantes en la muestra se excluyeron los pacientes que cumplieron las siguientes premisas:

- Pacientes en situación terminal.
- Pacientes con alteración cognitiva moderada-grave.
- Pacientes incapaces de responder a las preguntas.
- Pacientes que no otorgaron el consentimiento informado.

4.4 VARIABLES DE ESTUDIO

En este apartado se detallan las variables dependientes e independientes del estudio. Todas estas variables se agruparon en un cuaderno de recogida de datos, que se muestra en el anexo III.

4.4.1 Variables dependientes.

- Riesgo social, medido a través del cuestionario SDRS
- Patrones funcionales de Gordon
 - Patrón 1: percepción-salud
 - Patrón 2: Nutricional-metabólico
 - Patrón 3: Eliminación
 - Patrón 4: Actividad-ejercicio
 - Patrón 5: Sueño- descanso
 - Patrón 6: Cognitivo-perceptivo
 - Patrón 7: Autopercepción-concepto
 - Patrón 8: Rol-Relaciones
 - Patrón 9: Sexualidad- reproducción
 - Patrón 10: Tolerancia al estrés
 - Patrón 11: Valores- creencias
- Percepción de calidad de vida, medida a través del instrumento de Calidad de vida de Baca y Ruiz y la escala de salud SF-36

4.4.2 Variables sociodemográficas.

A parte de las variables de estudio, vamos a recoger datos sobre potenciales variables moduladoras:

- Edad
- Sexo
- Nivel de estudios
- Estado civil
- Nivel socioeconómico del paciente
- Nivel socioeconómico de la Unidad Familiar
- Servicio de ingreso
- Diagnóstico principal de ingreso
- Motivo de ingreso
- Número de urgencias en los últimos 6 meses

4. 5 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Se exponen y detallan, a continuación, los instrumentos y escalas seleccionados para el estudio, así como las variables establecidas para la obtención de la información requerida.

4.5.1 Screening de Detección de Riesgo Social (SDRS)

El Screening de Detección de Riesgo Social (SDRS) está compuesto por 12 ítems de respuesta dicotómica, (Si ó no)

VARIABLE	SI/NO
1. - Vive solo	
2. - Vive con la familia/amigos	
3. - Presenta actividades de ocio	
4. - Tiene ingresos económicos propios	
5. - Tiene apoyo familiar/social	
6. - Tiene vivienda propia	
7. - La vivienda está adaptada	
8. - Es dependiente para alguna de las Avds Básicas de la vida diaria (comida, vestido, aseo, higiene...)	
9. - Necesita ayuda para las transferencias	
10. - Presenta deterioro cognitivo/ trastorno mental	
11. - Presenta problemas de salud frecuentes en el último año	
12. - El cuidador manifiesta problemas de ansiedad/ depresión en los últimos 6 meses	

Tabla 10. Categorías de SDRS

El cuestionario se compone, a priori, de dos dimensiones, que se dividen según tengan un componente más socioeconómico, o un componente más clínico-funcional. A continuación se detallan los ítems:

1. Dimensión social, compuesta por los siguientes ítems:

- Vive solo
- Vive con familia / amigos
- Tiene ingresos económicos propios
- Tiene apoyo familiar / social
- Tiene vivienda propia

- La vivienda está adaptada

Para el cálculo del riesgo, se sumaría la puntuación de cada ítem, de forma que si tiene riesgo suma 1 y si no tiene riesgo, no suma nada. En el ítem "vive solo", se invierte la puntuación.

De esta forma, la puntuación total de la dimensión social se interpreta según los resultados que se muestran en la siguiente tabla:

Puntuación	Resultado
De 0 a 2	Sin riesgo
De 3 a 4	Riesgo medio
De 5 a 6	Riesgo elevado

Tabla 11. Resultados dimensión social. "SDRS"

2. Dimensión clínica-funcional, a la que a partir de ahora denominaremos clínica, que agrupa los siguientes ítems:

- Presenta actividades de ocio.
- Es dependiente para alguna de las AVD's Básicas de la vida diaria (comida, vestido, aseo, higiene, etc.).
- Necesita ayuda para las transferencias.
- Presenta deterioro cognitivo / trastorno mental.
- Presenta problemas de salud frecuentes en el último año.
- El cuidador manifiesta problemas de ansiedad / depresión en los últimos 6 meses.

Para calcular la existencia de riesgo en la dimensión clínica, se suma la puntuación de cada ítem, de forma que si tiene riesgo suma 1 y si no tiene riesgo, no suma nada. Los ítems "dependiente para ABVD's", "necesita ayuda para transferencias", "presenta deterioro cognitivo", "problemas de salud frecuentes" y "cansancio del cuidador", invierten sus puntuaciones.

Así, la puntuación total de la dimensión clínica se interpreta según los resultados que se muestran en la siguiente tabla:

Puntuación	Resultado
De 0 a 2	Sin riesgo
De 3 a 4	Riesgo medio
De 5 a 6	Riego elevado

Tabla 12. Resultados de "dimensión clínica" (SDRS)

4.5.2 Cuestionario de Calidad de vida de Baca y Ruiz

El cuestionario de calidad de vida de Ruiz y Baca, fue desarrollado en 1993 para medir, como su nombre indica, la percepción de calidad de vida [122].

Se trata de un cuestionario heteroadministrado, que consta de 35 ítems, cada uno de ellos con una escala de cinco respuestas tipo Likert. Evalúa la satisfacción del individuo en las siguientes cuatro dimensiones:

1. Apoyo social. Consta de 9 ítems, que hacen referencia al tipo y a la satisfacción de las relaciones con pareja, amigos y familia, y con el apoyo social recibido.
2. Satisfacción general. Esta dimensión está formada por 13 ítems que valoran la satisfacción ante varios aspectos: trabajo, actividades, dinero y propia forma de ser.
3. Bienestar físico/psíquico. Formada por 7 ítems, están agrupados para evaluar la satisfacción con el estado de salud, la energía, el sueño, la inquietud y la angustia.
4. Distensión laboral/tiempo libre. En esta dimensión se valora la realización de actividades placenteras y la disponibilidad de tiempo para ocio y descanso, así como las actividades desempeñadas habitualmente. Consta de 6 ítems.

En el anexo IV, se puede observar, en detalle, todos los ítems del cuestionario.

El instrumento permite obtener puntuaciones en cada una de las cuatro subescalas, así como una puntuación global, que se le llama calidad de vida global. La puntuación global puede oscilar entre 35 y 175. Cuanta mayor puntuación, mejor valoración en todos aquellos aspectos que se están valorando del sujeto.

La puntuación de cada dimensión se calcula mediante la suma directa de las puntuaciones de cada ítem. Se deben invertir los ítems 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15 y 25.

4.5.3 Escala de salud SF-36

El SF-36 (ANEXO V) [123] es uno de los instrumentos de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) más utilizados y evaluados [124]. Fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

Por estas razones, en 1995 se realizó la adaptación del cuestionario para su uso en España [125], y se le llamó SF-36. Es autoadministrado y consta de 36 ítems, que valoran tanto los aspectos positivos como los negativos de la salud, y que tiene tanto opciones de respuesta dicotómicas (sí/no), como tipo Likert.

La escala evalúa ocho conceptos de salud seleccionados en función de su amplia utilización en los estudios de salud o su fuerte apoyo empírico, que son:

1. Función física: mide el grado en que la salud limita las actividades físicas como caminar, autocuidado, subir escaleras, realizar esfuerzos moderados.
2. Rol físico: valora el grado en que la limitación física limita las actividades diarias como el tiempo de trabajo o la dificultad a la hora de realizarlas.
3. Dolor corporal: valora la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual tanto dentro como fuera de casa
4. Salud general: es una valoración personal de la salud que incluye salud actual, percepción de la salud en el futuro así como la resistencia a enfermar.
5. Vitalidad: cuantificación de la energía, vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento
6. Función social: mide el grado en que los problemas físicos o emocionales interfieren en las relaciones sociales habituales.
7. Rol emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo o en otras actividades de la vida diarias.
8. Salud mental: mide la salud mental general que incluye la depresión, ansiedad, control de conducta y control emocional.

A su vez, estos 8 conceptos, son agregados en dos medidas de resumen; un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM). En el Anexo V se exponen, en detalle, todos los ítems de la escala.

Los diferentes conceptos están ordenados de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de sus puntuaciones, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de "a mayor puntuación, mejor estado de salud".

2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En la siguiente tabla (tabla 13) se hace un resumen del número de ítems que se agrupan en cada área, así como una breve descripción de la interpretación de los resultados.

Dimensión	Nº ítems	Interpretación de puntuaciones	
		"peor" puntuación	"mejor" puntuación
Función física	10	Muy limitado para las abvd's, por su salud	Realiza todas las actividad físicas, incluso las más vigorosas
Rol físico	4	Problemas con trabajo u otras actividades por salud física	Sin problemas en trabajo u otras actividades
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones
Salud general	5	Evalúa su salud como mala y cree que empeorará	Evalúa como excelente su salud
Vitalidad	4	Cansado todo el tiempo	Lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Por problemas físicos o emocionales, alteración de actividades sociales	Sin problemas con las actividades sociales
Rol emocional	3	Problemas con sus actividades por alteraciones emocionales	Sin alteraciones por problemas emocionales
Salud mental	5	Siempre con angustia y depresión	Felicidad, tranquilidad y calma siempre
Transición de salud	1	Su salud es mucho peor que hace un año	Su salud es mucho mejor que hace un año

Tabla 13. Interpretación de puntuaciones de SF-36

4.5.4 Escala de Gijón

La escala Gijón [121] es una escala de administración heteroadministrada, que se utiliza para realizar una valoración en el anciano para la detección de riesgo social.

La escala fue validada, en el contexto de la atención primaria, con una muestra de 787 participantes mayores de 65 años. Como criterios de exclusión se excluyó a los pacientes hospitalizados.

]Los autores de la escala han encontrado que este instrumento resulta útil para la detección tanto de riesgo social como de problemática social ya establecida en ancianos residentes en la comunidad [121], y han demostrado una buena fiabilidad interobservador [126], amén de haber estudiado su consistencia interna, concordancia entre ítems y validez de criterio, grado de contaminación por la edad, sexo y lugar de vivienda [121]. Otros autores [127,128] han aplicado la Escala a pacientes ancianos ingresados en unidades de convalecencia, encontrando que posee valor predictivo de institucionalización o alta a domicilio en ese tipo de pacientes.

Las variables de la escala se pueden observar en el ANEXO II

Recoge cinco áreas de valoración, que se detallan a continuación:

La puntuación refleja diferentes grados de riesgo social:

Puntuación	Resultado
De 5 a 9	Buena / aceptable situación familiar
De 10 a 14	Existe riesgo social
Más de 15	Problema social

Tabla 14. Resultados Escala Gijón

En cuanto a las propiedades psicométricas, se estudió la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio de un profesional experto. Cabe destacar que la fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de kappa de 0.957) [129].

La consistencia interobservador medida a través del coeficiente de correlación intraclase fue de 0,957. La concordancia entre las diferentes categorías de los ítems, considerados individualmente, medida mediante el estadístico kappa, oscila en 0,8-0,929. Se pueden identificar 2 grupos en el conjunto formado por los ítems «situación familiar», «situación económica» y «vivienda» por un lado con concordancias superiores a 0,9, y por otra parte los que se refieren a las «relaciones sociales» y los «apoyos de la red social» con una concordancia en torno a 0,8 [129].

Como indicador global de la consistencia, el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,4467 (en una escala de 0-1), identificándose por un lado el conjunto formado por los ítems "situación familiar", "relaciones sociales" y "apoyos de la red social", y por otro el ítem "situación económica" y "vivienda" [129].

4.5.5 Variables sociodemográficas

Como variables sociodemográficas, se tuvieron en cuenta edad, sexo, nivel de estudios, estado civil y el nivel socioeconómico de la Unidad Familiar. En los siguientes apartados se detallan las categorías de "nivel de estudios", "estado civil" y "nivel socioeconómico".

- En cuanto al nivel de estudios, la variable se diseñó con las siguientes categorías: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios.
- En referencia al Estado civil, se establecieron las siguientes categorías: soltero, casado, viudo, separado y otros.

A. Nivel socioeconómico del paciente

Para establecer la variable de nivel socioeconómico, se tuvieron en cuenta los ingresos relacionados con pensión de jubilación. Así, se establecieron las siguientes categorías,

- Sin ingresos
- Pensión no contributiva (PNC), que son 365.40 euros al mes, en 14 pagas.
- Pensión mínima contributiva (PMC), que son 632.30 euros al mes, en 14 pagas.
- 798 euros al mes, en 14 pagas
- Más de 798 euros al mes, en 14 pagas

B. Nivel socioeconómico de la Unidad Familiar

En esta variable, se tuvieron en cuenta los ingresos relacionados con pensión de jubilación e ingresos de los miembros de la Unidad Familiar, entendiendo por unidad familiar a las personas que viven en el mismo domicilio. Se establecieron las mismas categorías que para la variable anterior.

- Sin ingresos
- Pensión no contributiva (PNC), que son 365.40 euros al mes, en 14 pagas.
- Pensión mínima contributiva (PMC), que son 632.30 euros al mes, en 14 pagas.
- 798 euros al mes, en 14 pagas
- Más de 798 euros al mes, en 14 pagas

4.5.6 Variables relacionadas con diagnóstico y estado de salud

Para la recogida de la información relacionada con diagnóstico y estado de salud se diseñaron las siguientes variables.

A. Servicio de ingreso

Esta variable, está formada por las siguientes categorías

- Medicina interna
- Unidad de convalecencia
- Urología
- Unidad daño cerebral
- Unidad larga estancia
- Hematología
- Cirugía vascular
- Cirugía general
- Traumatología
- Cirugía cardiaca
- Cirugía plástica
- Unidad de Paliativos

Para lograr una mayor potencia estadística, posteriormente se agruparon los servicios de ingreso en especialidades, de la siguiente forma:

- Especialidades Médicas. Compuesta por medicina interna y hematología

- Especialidades quirúrgicas. Compuesta por urología, cirugía vascular, cirugía general, traumatología, cirugía cardíaca y cirugía plástica.
- Unidad de crónicos. Creada de la agrupación de las unidades de larga estancia, paliativos, convalecencia y daño cerebral.

B. Diagnóstico principal de ingreso

Atendiendo a las principales alteraciones que agrupan las diferentes patologías, se establecen las siguientes categorías para la variable "diagnóstico principal de ingreso", teniendo en cuenta el diagnóstico principal del paciente en ese episodio de hospitalización.

- Alteraciones neurológicas y neurodegenerativas
- Alteraciones respiratorias
- Alteraciones cardíacas
- Lesiones aparato locomotor
- Enfermedades oncológicas
- Alteraciones digestivas
- Alteraciones urológicas
- Alteraciones endocrinas
- Alteraciones dermatológicas
- Alteraciones circulatorias

C. Motivo de ingreso

La variable "motivo de ingreso" hace referencia a la causa por la que los participantes de la muestra acudieron a urgencias y por la que fueron hospitalizados. Se establecieron las siguientes categorías:

- Dolor precordial
- Colitis
- Disnea
- Ascitis
- Fiebre
- Edema
- Dolor
- Artrosis
- Alteración de conciencia
- Descompensación
- Accidente
- Hemorragia
- Intervención Quirúrgica
- Convalecencia
- Arritmia
- Pérdida de fuerza
- Síntomas de infección
- Astenia

- Mal estado general
- Problemas vasculares
- Síntomas urológicos
- Alteración de la vista
- Alteraciones bioquímicas
- Alteraciones digestivas
- Alteraciones de Tensión Arterial
- Disartria
- Atragantamiento
- Fractura

D. Número de urgencias en los últimos 6 meses

Se trata de una variable cuantitativa, en la que se recoge el número de veces que los participantes han acudido a urgencias del Hospital, independientemente del motivo.

4.5.7 Patrones Funcionales de Gordon

A continuación se exponen y explican las variables seleccionadas para realizar la valoración de enfermería de la situación de cada participante de la muestra, a través de los Patrones Funcionales de Gordon.

4.5.7.1 Patrón 1: percepción de salud

Para valorar el patrón, se preguntó por "percepción de salud". Tras esa valoración, se consideró como "alterado" a valores por debajo de bueno, es decir: regular, malo o muy malo.

A. Salud percibida

- Muy malo
- Malo
- Regular
- Bueno
- Muy bueno

4.5.7.2. Patrón 2: Nutricional - metabólico

Para valorar la alteración de este patrón se tuvieron en cuenta la existencia de úlceras por presión y/o vascular, presencia de dolor e intensidad del mismo, necesidad de sondaje enteral para nutrición. Se valora como alterado el patrón en el caso de que sea afirmativa cualquiera de las variables que conforman este patrón.

A. Existencia de úlcera por presión

Se trata de una variable dicotómica, con dos posibles respuestas: sí o no

B. Existencia de úlcera vascular

Se trata también de una variable dicotómica, con dos posibles respuestas: sí o no

C. Dolor

Se diseñan dos variables, la primera, dicotómica (sí o no), a la pregunta "tiene dolor", y en caso afirmativo se mide la intensidad de dolor, a través de la Escala Analógica del Dolor.

D. Existencia de sonda enteral

Se diseñan dos variable, la primera dicotómica (sí o no) y en caso afirmativo, el tipo de sonda que porta el paciente.

- Gastrostomía percutánea (PEG)
- Sonda nasogástrica (SNG)

4.5.7.3. Patrón 3: Eliminación

Para la valoración de este patrón, se tuvieron en cuenta alteraciones urinarias, alteraciones intestinales y presencia de ostomías. Se evalúa como alterado el patrón si cualquiera de estas variables es afirmativa.

A. Alteraciones urinarias

Se valoró, dentro de esta variable, la incontinencia urinaria, la existencia de retención, hematuria y si presentaba sondaje vesical. Todas ellas son variables dicotómicas.

B. Alteraciones intestinales

En cuanto a las alteraciones intestinales, se tuvo en cuenta la incontinencia fecal, presencia de estreñimiento y/o de fecaloma, todas ellas con las categorías "sí" o "no".

Se valoró también la presencia de "ostomías", que contiene las siguientes categorías:

- Ninguna

- Colostomía
- Urostromía

4.5.7.4. Patrón 4: Actividad - ejercicio

En este apartado se valoraron alteraciones respiratorias y movilidad. Se resolvió como alterado el patrón si sufría de alteración respiratoria y pacientes encamados, en sedestación o silla de ruedas.

A. Alteraciones respiratorias

Para valorar si los participantes presentaban alteraciones respiratorias, se recogió la presencia de disnea, tos y/o hemoptisis, todas ellas, como variables dicotómicas.

B. Sistema de ayuda y movilidad

En cuanto a sistemas de ayuda, las categorías de la variables establecidas se detallan a continuación:

- Nada
- Bastón
- Muleta
- Andador
- Silla de ruedas

En relación a la variable "movilidad", se tomaron como categorías las siguientes.

- Encamado todo el tiempo
- Sedestación. Vida cama-sillón

- Anda con supervisión. Necesita ayuda para la deambulación de otra persona.
- Anda solo con apoyo. Necesita ayuda de algún dispositivo para la deambulación
- Independiente. Sin necesidad de ningún tipo de ayuda para la marcha.

4.5.7.5. Patrón 5: Sueño - descanso

Para valorar la alteración de este patrón, se establecen las variables "insomnio", "horas de sueño" y "fármacos sedantes". Se valoró como alterado si existía cualquier respuesta afirmativa en las variables dicotómicas

A. Insomnio

Se trata de una variable dicotómica (sí o no).

B. Horas de sueño

Variable cuantitativa, en la que se recoge las horas aproximadas de sueño que refieren los participantes.

C. Toma medicación para dormir

Se trata de una variable dicotómica (sí o no).

4.5.7.6. Patrón 6: Cognitivo - perceptivo

Para valorar el patrón cognitivo-perceptivo se valoró la alteración de los órganos de los sentidos y alteraciones cognitivas. Cualquier respuesta afirmativa da como alterado el patrón.

A. Alteraciones de los sentidos

En el apartado "alteraciones de los sentidos", se valoró la presencia de alteraciones en la vista, en el oído, del olfato y del gusto, todas ellas como variables dicotómicas.

B. Alteraciones cognitivas

En cuanto a las alteraciones cognitivas, se establecieron con variables, todas ellas dicotómicas, la existencia de confusión, ansiedad, depresión, agitación y/o desorientación

4.5.7.7. Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto

Se focaliza el patrón autopercepción-autoconcepto a la valoración de la percepción del estado nervioso que tienen los participantes, puntuando como alterado si se sentían alterados.

A. Estado nervioso

- Alterado
- Normal
- Tranquilo
- Relajado

4.5.7.8. Patrón 8: Rol - relaciones

Para valorar este patrón, se estableció la variable, personas que forman el núcleo familiar, entendido como las personas que conviven y viven en mismo domicilio, existencia de cuidador principal y satisfacción con vida social, entendida como relación con familia y amigos.

Se da como alterado el patrón si en el núcleo familiar vive una sola persona, si no existe cuidador principal o si la respuesta es insatisfactoria, a la satisfacción con vida social.

A. Personas del núcleo familiar

Variable cuantitativa, en la que se pregunta el número de personas en el núcleo familiar.

B. Cuidador principal

Se trata de una variable dicotómica (sí o no).

C. Satisfacción con vida social

Las categorías posibles de la variable son:

- Muy satisfactoria
- Más bien satisfactoria
- Más bien insatisfactoria
- Muy insatisfactoria

4.5.7.9 Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

Se focalizó la valoración de este patrón a las variable alteraciones urológicas. Se dio como alterado el patrón si existían alteraciones urológicas.

A. Alteraciones urológicas

Se trata de una variable dicotómica (sí o no).

4.5.7.10. Patrón 10: Tolerancia al estrés

Se valoró el patrón tolerancia al estrés, a través de la percepción de los sujetos de estrés. Se da como alterado el patrón si la respuesta es afirmativa.

A. Situación de estrés

Se trata de una variable dicotómica (sí o no).

4.5.7.11. Patrón 11 Valores - creencias

El patrón valores- creencias se valoró a través de la percepción de satisfacción de vida. Puntuaciones de regular, un poco y nada, dan el patrón como alterado.

A. Satisfacción con su vida

Se enumeran a continuación las categorías de la variable:

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.

Los datos de los pacientes han sido procesados usando el programa estadístico SPSS. En todas las pruebas estadísticas realizadas se utilizará un nivel de significación de $\alpha = 0.05$. Se consideran estadísticamente significativas las pruebas con $p < .05$.

En cuanto al análisis descriptivo, se emplearon los estadísticos apropiados a la naturaleza de las variables. Así, para las variables cuantitativas y de carácter semi-cuantitativo con características distribucionales adecuadas, se presentarán los descriptivos de tendencia central y dispersión: media, desviación típica, mediana. Se presentarán también medidas de posición, que podrán ser utilizadas para tomar decisiones cuando se disponga de datos normativos, como los percentiles 25% y 75% (Q1 y Q3), y otros que puedan resultar de interés. También se calculará mínimo y máximo. De especial relevancia, para la descripción de la muestra, pero también para la estadística inferencial posterior, se hará un completo estudio de valores atípicos y su impacto en los datos. Para las variables categóricas se presentarán las frecuencias y los porcentajes.

Para evaluar posibles diferencias en subgrupos de pacientes, se realizarán análisis bivariantes:

- Para dos variables categóricas se presentarán tablas de contingencia con la frecuencia en cada categoría y el porcentaje por columnas. Para evaluar la posible asociación se realizarán pruebas de Chi cuadrado o test exacto de Fisher y se presentará el p -valor resultante. De la misma forma se evaluarán los residuales tipificados corregidos, para evaluar potenciales diferencias entre los subgrupos.
- Para relacionar variables cuantitativas con categóricas se presentarán los estadísticos descriptivos por subgrupos. Para evaluar la posible asociación se realizarán pruebas t de comparación de medias,-Test, ANOVA o bien las pruebas no paramétricas de Wilcoxon o Kruskal-Wallis.

Para variables cuantitativas se calcularán coeficientes de correlación de orden zero, o bien no paramétricos.

- Para estudiar la validez factorial del instrumento se calcularán modelos factoriales exploratorios y confirmatorios.
- Se evaluará la fiabilidad de la escala SDRSS tanto como consistencia interna como por acuerdo con jueces, mediante coeficientes de correlación intraclase.

4.6.1 Validación de cuestionario

Inicialmente, como se ha comentado anteriormente, se realizó la validación del cuestionario. Para estandarizar y evaluar las características psicométricas del cuestionario a validar, se pasó el test a pacientes mayores de 65 años ingresados en los diferentes servicios del Hospital de Manises y en el Hospital de Crónicos de Media y Larga Estancia de Mislata.

La validación del cuestionario se realizó mediante el estudio de las características psicométricas del instrumento:

A. Fiabilidad.

Se evaluó la consistencia del instrumento, mediante grados de acuerdo y también mediante la consistencia interna de las partes componentes, con los índices y coeficientes más adecuados a la naturaleza de las cuestiones empleadas en el cuestionario, en casos expresados como coeficientes de correlación. Adicionalmente se analizará el acuerdo con un juez externo, para determinar la equivalencia de puntuaciones con las de expertos.

B. Validez.

Se evaluó el grado en que el cuestionario mide lo que debería medir. Para valorar la validez se analizó la estructura dimensional del cuestionario, en función de lo esperado teóricamente, bien con técnicas exploratorias como confirmatorias. Adicionalmente se valoró el ajuste de los resultados del cuestionario con criterios externos (mediante la valoración de riesgo social con la Escala Gijón). Así como el grado de capacidad predictiva con respecto a los criterios clínicos.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El proyecto se aprobó en el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Investigación Sanitaria de La Fe (anexo VI).

Por un lado, se explicó y entregó el Consentimiento Informado (siguiendo el modelo del instituto de investigación sanitaria de La Fe) a todos los pacientes (ver anexo VII), susceptibles de participar en el proyecto de investigación.,

Por otro lado, se hizo entrega, explicando detalladamente el contenido de una hoja informativa (ver anexo VIII), en la que se proporcionó datos de contacto del investigador profesional, en qué consistía el estudio, y posibles riesgos y beneficios.

En todo momento, se garantizó la absoluta confidencialidad de los datos.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

En este apartado, se pasarán a describir y desarrollar los resultados obtenidos de los diferentes análisis estadísticos, con tres grandes subapartados:

Por un lado, se expone una completa descripción que caracterice la muestra de estudio.

Por otro lado, se detallan los resultados obtenidos de la validación de la escala de interés (SDRS).

Finalmente, a partir de disponer de una escala válida, se entrará en profundidad, en las principales relaciones entre las variables de estudio.

5.1. Descriptivos de la muestra

A través de este apartado, se expondrán todos los resultados descriptivos de las variables de la muestra de estudio.

5.1.1 Variables sociodemográficas

A continuación se exponen los resultados de las variables sociodemográficas de la muestra estudiada.

A. Edad

La edad media de la muestra fue de 78.08, tal y como muestra la tabla 16, con un mínimo de edad de 65 años y un máximo de 99. En la tabla 15 se muestran los intervalos de edad, siendo las más frecuentes la edad entre 80 y 84 años.

	Frecuencia	Porcentaje
65-69	36	18
70-74	31	15
75-79	46	23
80-84	48	24
85-89	28	14
90-94	10	5
95-99	3	1

Tabla 15. Tabla de frecuencias y porcentajes por intervalos de edad

De la misma forma, se presentan en la siguiente tabla (tabla 16) los principales estadísticos descriptivos relacionados con la edad.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Edad	78,08	7,452	65,00	99,00	72,00	78,00	84,00

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de edad.

B. Sexo

Los resultados muestran unos porcentajes similares para el porcentaje de hombres y mujeres, tal y como se detalla en la tabla 17.

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	103	51
Mujer	99	49

Tabla 17. Frecuencias y porcentajes de la variable sexo.

C. Estado civil

En relación al estado civil, más del 60% de la muestra estaba casada, y un 30.2% era viuda. La tabla 18 detalla todas las categorías de estado civil consideradas en la encuesta

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	11	5,4
Casado	125	61,9
Viudo	61	30,2
Divorciado	2	1
Separado	2	1
Otros	1	0,5

Tabla 18. Frecuencias y porcentajes para las categorías de Estado civil

D. Nivel de estudios

Los resultados del nivel de estudios muestran que más de un 50% de la muestra no tenían estudios. A continuación, se detallan los porcentajes del nivel de estudios en la tabla 19.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	105	52,2
Estudios Primarios	78	38,8
Estudios Secundarios	13	6,5
Estudios Universitarios	5	2,5

Tabla 19. Frecuencias y porcentajes de las categorías de Nivel de estudios

E. Nivel socioeconómico del paciente

En cuanto al nivel socioeconómico de la muestra, se detallan en la tabla 20 los resultados. El 32,5% tenían unos ingresos de hasta 632 euros al mes. El 31,5% poseían unos ingresos mayores de 798 euros al mes.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin ingresos económicos	24	12,0
365 euros al mes	22	11,0
632 euros al mes	65	32,5
798 euros al mes	26	13,0
Más de 798 euros al mes	63	31,5

Tabla 20. Frecuencias y porcentajes de las categorías del Nivel socioeconómico de los participantes

F. Nivel socioeconómico de la Unidad Familiar

En relación al nivel socioeconómico de la Unidad Familiar de cada participante, se detallan los resultados en la tabla 21. El 60,8% tenía unos ingresos de más de 798 euros al mes, mientras que un 41% obtenía al mes menos de 632 euros al mes.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin ingresos económicos	1	,5
365 euros al mes	7	3,5
632 euros al mes	41	20,6
798 euros al mes	29	14,6
Más de 798 euros al mes	121	60,8

Tabla 21. Frecuencias y porcentajes de ingresos económicos de la Unidad Familiar

5.1.2 Datos relacionados con estado de salud

En este apartado se exponen los resultados de las variables relacionadas con el estado de salud, como son servicio de ingreso, diagnóstico de ingreso, motivo de ingreso y número de visitas a urgencias en los últimos seis meses.

A. Servicio de ingreso

En la tabla 22 se expone el porcentaje de pacientes ingresados por servicio de ingreso. Un 74.3% fueron ingresados en el servicio de Medicina Interna. Estos porcentajes se dan por una parte, porque el servicio más grande y en el que se ingresan más pacientes es el de medicina interna, por el modelo hospitalista que comentábamos en el apartado de métodos (ámbito de estudio), y por otra, porque el mayor porcentaje de pacientes mayores de 65 años que ingresan en el hospital se dan en este servicio.

	Frecuencia	Porcentaje
Medicina interna	150	74,3
Unidad de convalecencia	6	3,0
Urología	3	1,5
Unidad daño cerebral	10	5,0
Unidad larga estancia	1	,5
Hematología	7	3,5
Cirugía vascular	2	1,0
Cirugía general	2	1,0
Traumatología	17	8,4
Cirugía cardiaca	1	,5
Cirugía plástica	2	1,0
Unidad de Paliativos	1	,5

Tabla 22. Frecuencias y porcentajes en función del Servicio de ingreso

Se agruparon en categorías los diferentes servicios, de forma que todas las especialidades quirúrgicas forman parte de "especialidad quirúrgica", las especialidades médicas, dentro de "especialidad quirúrgica" y las unidades de media y larga estancia, en la "especialidad crónicos", De esta forma, los resultados fueron los siguientes (tabla 23):

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Médica	157	77,7
Quirúrgica	27	13,4
Crónicos	18	8,9

Tabla 23. Frecuencias y porcentajes de la variable especialidad de ingreso.

B. Diagnóstico de ingreso

Las alteraciones respiratorias fueron las más frecuentes, con un porcentaje del 25,7%. Le siguieron con un 24,3%, las alteraciones cardíacas. El detalle se muestra en la tabla 24.

	Frecuencia	Porcentaje
Alteraciones neurológicas y neurodegenerativas	23	11,4
Alteraciones respiratorias	52	25,7
Alteraciones cardíacas	49	24,3
Lesiones aparato locomotor	20	9,9
Enfermedades oncológicas	19	9,4
Alteraciones digestivas	20	9,9
Alteraciones urológicas	11	5,4
Alteraciones endocrinas	2	1,0
Alteraciones dermatológicas	2	1,0
Alteraciones circulatorias	4	2,0

Tabla 24. Frecuencias y porcentajes para la variable Principales alteraciones

Si tenemos en cuenta que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en ancianos, y las respiratorias tienen asociada una gran morbimortalidad, los resultados son acordes a estas premisas.

C. Motivo de ingreso

En la siguiente tabla (25) se muestra el motivo por el que los participantes acudieron a urgencias y fueron hospitalizados. El 29.2% ingresaron por disnea. Un 7.4% acudieron por dolor precordial. El resto de motivos se detallan a continuación:

	Frecuencia	Porcentaje
Dolor precordial	15	7,4
Colitis	4	2,0
Disnea	59	29,2
Ascitis	5	2,5
Fiebre	9	4,5
Edema	3	1,5
Dolor	9	4,5
Artrosis	4	2,0
Alteración de conciencia	8	4,0
Descompensación	9	4,5
Accidente	12	5,9
Hemorragia	7	3,5
Intervención Quirúrgica	2	1,0
Convalecencia	11	5,4
Arritmia	5	2,5
Pérdida de fuerza	7	3,5
Síntomas de infección	4	2,0
Astenia	4	2,0
Mal estado general	2	1,0
Problemas vasculares	3	1,5
Síntomas urológicos	6	3,0
Alteración de la vista	1	,5
Alteraciones bioquímicas	3	1,5
Alteraciones digestivas	4	2,0
Alteraciones de Tensión Arterial	2	1,0
Disartria	1	,5
Atragantamiento	1	,5
Fractura	2	1,0

Tabla 25. Tablas y frecuencias de variable Motivo de ingreso

En relación con el apartado anterior, la disnea, relacionada con la patología cardíaca y respiratoria, es un resultado esperado.

D. Número de urgencias en los últimos 6 meses

Tal y como muestra la tabla 26, los participantes acudieron una media de 2.20 veces a urgencias, con un máximo de hasta 8 ocasiones. Si tenemos en cuenta que las patologías más prevalentes en la muestra llevan

asociada una gran morbilidad, es común la frecuentación en urgencias y los ingresos hospitalarios frecuentes.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Veces que ha acudido a urgencias	2,20	1,58	,00	8,00	1,00	2,00	3,00

Tabla 26. Estadísticos descriptivos de frecuentación de urgencias

5.1.3 Resultados de la valoración por Patrones Funcionales de Gordon

En este apartado se muestran los resultados de la valoración de enfermería por patrones de Gordon, detallándose a continuación, los resultados divididos en los 11 patrones.

5.1.3.1 Patrón 1: percepción de salud

En el patrón 1: percepción de salud, se obtuvieron los siguientes resultados.

A. Salud percibida

Los resultados de salud percibida se detallan en la tabla 27. Un 34.7% de la muestra valoró su salud como muy mala. Un 23.8% la valoraron como mala.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy malo	70	34,7
Malo	48	23,8
Regular	39	19,3
Bueno	33	16,3
Muy bueno	12	5,9

Tabla 27. Frecuencias y porcentajes de variable Valoración de la salud percibida

De esa valoración, se consideró como alterado un 73.3% de la muestra, tal y como muestra la tabla 28.

	Frecuencia	Porcentaje
Alterado	148	73,3
Sin alteraciones	54	26,7
Total	202	100,0

Tabla 28. Frecuencias y porcentajes de la variable Salud percibida:
frecuencias de alterados

5.1.3.2. Patrón 2: Nutricional - metabólico

En la valoración del Patrón 2: Nutricional - metabólico, se muestran los siguientes resultados.

A. Existencia de úlcera por presión

Un 8.9% de los pacientes padecían úlceras por presión, frente al 91.1 que no las padecían. Los resultados se detallan en la siguiente tabla (29)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	18	8,9
No	184	91,1

Tabla 29. Frecuencias y porcentajes para las categorías de úlceras por presión

B.Existencia de úlcera vascular

En cuanto a la existencia de úlceras vasculares (de miembros inferiores), un 94.1% de la muestra no padecía este tipo de úlceras.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	5,9
No	190	94,1

Tabla 30. Frecuencias y porcentajes para categorías de úlceras vasculares

C. Dolor

Se midió, por un lado, la presencia del dolor, en el momento de la entrevista, obteniendo los datos representados en la tabla 31.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	84	41,6
No	117	57,9

Tabla 31. Tablas y frecuencias de presencia de dolor.

En los sujetos que contestaron afirmativamente, se midió la intensidad del dolor. En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de respuestas para cada puntuación.

	Frecuencia	Porcentaje
1,00	1	1,2
2,00	2	2,4
3,00	9	10,8
4,00	5	6,0
5,00	15	18,1
6,00	8	9,6
7,00	11	13,3
8,00	18	21,7
9,00	9	10,8
10,00	5	6,0

Tabla 32. Porcentajes y frecuencias de escala analógica de dolor

La puntuación media fue de 6.35, con un mínimo de 1 y un máximo de 10, tal y como se detalla en la siguiente tabla (33)

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Dolor en escala analógica	6,35	2,23	1,00	10,00	5,00	7,00	8,00

Tabla 33. Estadísticos descriptivos de escala analógica de dolor.

D. Existencia de sonda enteral

Un 97.03% de la muestra no tenía sonda enteral, tal y como muestra la tabla 34.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	2,97
NO	196	97,03

Tabla 34. Frecuencias y porcentajes para categorías de sonda enteral

En los pacientes que presentaban sonda enteral, el 66.7% tenían sonda PEG (gastrostomía percutánea), mientras que el 33.3% llevaban sonda nasogástrica (SNG).

	Frecuencia	Porcentaje
		sonda
SNG	2	33,3
PEG	4	66,7

Tabla 35. Porcentajes y frecuencias de variable tipo de sonda

5.1.3.3. Patrón 3: Eliminación

En la valoración del Patrón de eliminación, se obtuvieron los siguientes resultados.

A. Alteraciones urinarias

Se detallan, a continuación los resultados de la valoración de alteraciones urinarias.

A.1 Incontinencia urinaria

Un 32.7% de la muestra sufría de incontinencia urinaria, mientras que el 67.3 no la padecía.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	66	32,7
No	136	67,3

Tabla 36. Frecuencias y porcentajes de variable Incontinencia urinaria

A.2 Retención urinaria

Un 94.1% de la muestra, no sufría retención urinaria. Tal y como se muestra en la siguiente tabla (37)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	5,9
No	190	94,1

Tabla 37. Frecuencias y porcentajes de variable de retención urinaria

A.3 Hematuria

Tal y como se detalla en la tabla 38, un 3.5% de la muestra mostraba hematuria.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	3,5
No	194	96,5

Tabla 38. Frecuencias y porcentajes de hematuria.

A.4 Sonda vesical

En cuanto a sondaje vesical, un 11.9% de los pacientes tenían colocada sonda vesical. El 88.1% no la presentaban.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	24	11,9
No	178	88,1

Tabla 39. Frecuencia y porcentaje de sonda vesical

B. Alteraciones intestinales

En este apartado se detallan los resultados de la valoración de alteraciones intestinales.

B.1 Incontinencia fecal

Un 23.3% de la muestra padecía incontinencia fecal, mientras que el 76.7% eran continentales, tal y como se muestra en la tabla 40.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	47	23,3
No	155	76,7

Tabla 40. Frecuencias y porcentajes de incontinencia fecal.

B.2 Estreñimiento

Los resultados que muestra la tabla 41, detallan que un 38.6% de la muestra afirmaban sufrir de estreñimiento.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	78	38,6
No	124	61,4

Tabla 41. Porcentajes y frecuencias de estreñimiento.

B.3 Fecaloma

Un 6.5% de los pacientes de la muestra en ese momento presentaban fecaloma (impactación fecal).

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	6,5
No	186	93,5

Tabla 42. Frecuencias y porcentajes para las categorías de fecaloma.

C. Presencia de ostomías.

Un 1% de la muestra tenían algún tipo de ostomía, tal y como se muestra en la tabla 43.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	199	99,0
Colostomía	1	,5
Urostomía	1	,5

Tabla 43. Frecuencia y porcentajes de variable presencia de ostomías.

5.1.3.4. Patrón 4: Actividad - ejercicio

En este apartado se detallan los resultados de la valoración del patrón actividad- ejercicio.

A. Alteraciones respiratorias

Los resultados de valorar las alteraciones respiratorias se muestran a continuación.

A.1 Disnea

Un 50% de la muestra presentaba disnea en el momento de la recogida de datos. Se detallan los resultados en la tabla 44.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	101	50,0
No	101	50,0

Tabla 44. Frecuencias y porcentajes de disnea.

A.2 Tos

Un 19.82% de los pacientes valorados presentaban tos. Un 80.2% no presentaban este síntoma.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	40	19,8
No	162	80,2

Tabla 45. Frecuencias y porcentajes para las categorías de tos

A.3 Hemoptisis

Un 3% de la muestra presentaba hemoptisis (expectoración de sangre proveniente de los pulmones o los bronquios causada por alguna lesión de las vías respiratorias), tal y como se muestra en la tabla 46.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	3,0
No	196	97,0

Tabla 46. Porcentajes y frecuencias de variable hemoptisis

B. Sistema de ayuda y movilidad

Los resultados de valorar los sistemas de ayuda, se detallan en la tabla 47. Un 49.5% de la muestra no necesitaba ningún sistema de ayuda para deambular.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	100	49,5
Bastón	22	10,9
Muleta	5	2,5
Andador	25	12,4
Silla de ruedas	50	24,8

Tabla 47. Porcentajes y frecuencias de sistema de ayuda

En relación a la variable "movilidad", los resultados se detallan a continuación (tabla 48). Un 37.6% era independiente, y un 16.3% andaba solo con apoyo.

	Frecuencia	Porcentaje
Encamado	23	11,4
Sedestación	44	21,8
Anda con supervisión	26	12,9
Anda solo con apoyo	33	16,3
Independiente	76	37,6

Tabla 48. Frecuencias y porcentajes de variable movilidad.

5.1.3.5. Patrón 5: Sueño - descanso

Los resultados de la valoración del patrón sueño-descanso se detallan en los siguientes subapartados.

A. Insomnio

Un 57.4% de la muestra presentaba problemas de insomnio. Los resultados se detallan en la tabla 49.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	116	57,4
No	86	42,6

Tabla 49. Porcentajes y frecuencias de variable insomnio

B. Horas de sueño

En relación a los porcentajes de horas con sueño. Un 22.7% de la muestra dormía 7 horas aproximadamente. Otro 22.7% dormía 5 horas. A continuación un 16.2% afirmaba dormir una media de 6 horas. Los resultados se detallan en la siguiente tabla (tabla 50).

	Frecuencia	Porcentaje
2,00	2	1,0
3,00	9	4,5
4,00	26	13,1
5,00	45	22,7
6,00	32	16,2
7,00	45	22,7
8,00	26	13,1
9,00	8	4,0
10,00	3	1,5
12,00	2	1,0

Tabla 50. Frecuencias y porcentajes de horas de sueño

En cuanto a los estadísticos descriptivos, la media de horas de sueño es de 6.06 horas, con un mínimo de 2 horas y un máximo de 12 horas. En la tabla 51 se detallan todos los resultados.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Horas de sueño	6,06	1,74	2,00	12,00	5,00	6,00	7,00

Tabla 51. Estadísticos descriptivos de horas de sueño.

C. Toma medicación para dormir

En relación a la medicación para dormir, un 53% de la muestra afirmó tomar algún tipo de fármaco para ello.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	107	53,0
No	95	47,0

Tabla 52. Frecuencias y porcentajes de medicación para dormir

5.1.3.6. Patrón 6: Cognitivo - perceptivo

En este apartado se expondrán los resultados de la valoración del patrón funcional cognitivo-perceptivo.

A. Alteraciones de los sentidos

Se valoraron las alteraciones de los sentidos, con los siguientes resultados para cada órgano.

A.1 Alteraciones de la vista

Un 82.1% de la muestra presentaba alguna alteración visual, tal y como se detalla en la tabla 53.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	165	82,1
No	36	17,9

Tabla 53. Porcentajes y frecuencias de alteraciones de la vista

A.2 Alteraciones del oído

Un 48.3% de la muestra, tal y como se detalla a continuación (tabla 54), mostraba alguna alteración auditiva.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	97	48,3
No	104	51,7

Tabla 54. Frecuencias y porcentajes de alteración del oído

A.3 Alteración del olfato

Un 1.5% presentó alguna alteración del olfato. Los resultados se muestran en la siguiente tabla (55).

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	1,5
No	199	98,5

Tabla 55. Frecuencias y porcentajes de alteraciones del olfato

A.4 Alteraciones del gusto

En la tabla 56 se detallan los resultados en relación a las alteraciones del gusto. Un 1.5% de la muestra presentaba alguna alteración del gusto.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	1,5
No	199	98,5

Tabla 56. Frecuencias y porcentajes de alteración del gusto

B. Alteraciones cognitivas

Tras la valoración de las alteraciones cognitivas, se obtuvieron los resultados que se detallan en este apartado.

B.1 Confusión

Un 13.9% de la muestra presentaba confusión, tal y como muestra la siguiente tabla (tabla 57).

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	28	13,9
No	174	86,1

Tabla 57. Frecuencias y porcentajes de confusión.

B.2 Ansiedad

En cuanto a esta variable, un 24.3% de la muestra presentaba ansiedad. En la tabla 58 se detallan los resultados.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	49	24,3
No	153	75,7

Tabla 58. Frecuencias y porcentajes de ansiedad

B.3 Depresión

El 16.4% de los participantes estaban diagnosticados de depresión.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	33	16,4
No	168	83,6

Tabla 59. Frecuencias y porcentajes de depresión.

B.4 Agitación

El 7.4% de la muestra presentaba agitación, tal y como se detalla en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	7,4
No	187	92,6

Tabla 60. Frecuencias y porcentajes de agitación

B.5 Desorientación

El 15.3% de la muestra presentaba signos de desorientación. La siguiente tabla muestra los resultados de la variable.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	31	15,3
No	171	84,7

Tabla 61. Frecuencias y porcentajes de desorientación.

5.1.3.7. Patrón 7: Auto percepción - autoconcepto

En este apartado se exponen los resultados de la valoración del patrón auto percepción - autoconcepto.

A. Estado nervioso

Un 29.7% de la muestra declaró sentirse alterado, mientras que un 53% se sentía normal.

	Frecuencia	Porcentaje
Alterado	60	29,7
Normal	107	53,0
Tranquilo	34	16,8
Relajado	1	,5

Tabla 62. Frecuencias y porcentajes de estado nervioso.

5.1.3.8. Patrón 8: Rol - relaciones

En cuanto a la valoración del patrón rol-relaciones, se exponen en este apartado los resultados relacionados.

A. Personas del núcleo familiar

Un 18.3% de la muestra declaraba vivir solo, mientras que un 55.9 vivía con otra persona. Se detallan los resultados en la tabla 63.

	Frecuencia	Porcentaje
1,00	37	18,3
2,00	113	55,9
3,00	35	17,3
4,00	10	5,0
5,00	4	2,0
6,00	3	1,5

Tabla 63. Frecuencias y porcentajes de personas del núcleo familiar

Analizando los estadísticos descriptivos, la media de personas del núcleo familiar es de 2.20 personas, con un mínimo de 1 y un máximo de 6 personas. Los resultados se detallan en la siguiente tabla (tabla 64).

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Personas en la unidad familiar	2,20	,96	1,00	6,00	2,00	2,00	3,00

Tabla 64. Estadísticos descriptivos de miembros de unidad familiar.

B. Cuidador principal

Un 82.2% de la muestra contaba con el apoyo de un cuidador principal. En la tabla 65 se detallan los resultados.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	166	82,2
No	36	17,8

Tabla 65. Frecuencias y porcentajes de cuidador principal

C. Satisfacción con la vida social

Al ser preguntados por su vida social, el 22.4% de la muestra declaró tenerla muy satisfactoria. Frente al 23.9% que tenían una vida social muy insatisfactoria. Puede destacarse que las frecuencias en las distintas categorías es muy similar.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfactoria	45	22,4
Más bien satisfactoria	60	29,9
Más bien insatisfactoria	48	23,9
Muy insatisfactoria	48	23,9

Tabla 66. Frecuencias y porcentajes Satisfacción con vida social.

5.1.3.9 Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

De la valoración del patrón sexualidad-reproducción, se desprenden los resultados que se detallan a continuación.

A. Alteraciones urológicas

Un 29.9% de la muestra total, hombres y mujeres, presentaba alteraciones urológicas. Se detallan los resultados en la tabla siguiente (67):

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	60	29,9
No	141	70,1

Tabla 67. Frecuencias y porcentajes de alteraciones urológicas

5.1.3.10. Patrón 10: Tolerancia al estrés

Se valoró el patrón tolerancia al estrés, a través de la percepción de los sujetos, obteniéndose los siguientes resultados.

A. Situación de estrés

El 6% de la muestra se sentía estresado. La tabla 68 muestra las frecuencias y porcentajes para cada ítem.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	6,0
No	187	94,0

Tabla 68. Frecuencias y porcentajes de situación de estrés

5.1.3.11. Patrón 11 Valores - creencias

El patrón valores- creencias se valoró a través de la percepción de satisfacción de vida. Los resultados se detallan a continuación.

A. Satisfacción con su vida

El 22.5% de la muestra se sentía satisfecho con su vida, mientras que el 5.8% declaraba sentirse nada satisfecho. en la tabla 69 se muestran los resultados de la variable.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	11	5,8
Un poco	18	9,4
Regular	35	18,3
Bastante	84	44,0
Mucho	43	22,5

Tabla 69. Frecuencias y porcentajes de satisfacción de vida

5.1.4 Valoración del Riesgo social

La valoración del riesgo social se realizó a través de la Escala Gijón y la escala SDRS. Los resultados se exponen en los siguientes subapartados.

5.1.4.1 Escala Gijón

Tras la valoración de la escala Gijón, un 65.5% de la muestra presentaba una buena situación social. Un 28.5% presentaba riesgo, y un 6% presentaba problema social, tal y como muestra la siguiente tabla (70).

	Frecuencia	Porcentaje
Buena situación social	131	65,5
Existe riesgo social	57	28,5
Problema social	12	6,0

Tabla 70. Frecuencias y porcentajes de los resultados de la Escala Gijón

En cuanto a los estadísticos descriptivos, la tabla 71 muestra los resultados.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Escala Gijón	9,02	2,77	5,00	22,00	7,00	8,00	10,00

Tabla 71. Estadísticos descriptivos de Escala Gijón

En los siguientes apartados se describen los resultados para cada variable de la escala, así como la puntuación de la misma.

A. Situación familiar

Un 26.7% de la muestra vive con familia sin dependencia. Un 5% vive solo y carece de hijos o están alejados.

	Frecuencia	Porcentaje
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	54	26,7
Vive con cónyuge de similar edad	89	44,1
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	22	10,9
Vive solo y tiene hijos próximos	27	13,4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	10	5,0

Tabla 72. Frecuencias y porcentajes de situación familiar (Gijón)

B. Situación económica

Un 47% tenía unos ingresos entre el salario mínimo hasta 1.5 veces el salario mínimo. Mientras que un 0.5% no disponían de ingresos. En la siguiente tabla se describen todos los resultados.

	Frecuencia	Porcentaje
Más de 1,5 veces el salario mínimo	73	36,5
Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	94	47,0
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	28	14,0
L.I.S.M.I.-F.A.S - Pensión no contributiva	4	2,0
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	1	,5

Tabla 73. Frecuencias y porcentajes de situación económica (Gijón)

C. Vivienda

El 58.7 % de la muestra disponía de vivienda adecuada a necesidades. El 13.4% no poseía ascensor o teléfono.

	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada a necesidades	118	58,7
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	52	25,9
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción)	4	2,0
Ausencia de ascensor, teléfono...	27	13,4

Tabla 74. Frecuencias y porcentajes de estado de la vivienda (Gijón)

D. Relaciones sociales

El 46.3% presentaba algún tipo de relaciones sociales. Un 28.9% sólo mantenía relación con familia y vecinos.

	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones sociales	93	46,3
Relación social sólo con familia y vecinos	58	28,9
Relación social sólo con familia o vecinos	25	12,4
No sale del domicilio, recibe visitas	20	10,0
No sale y no recibe visitas	5	2,5

Tabla 75. Frecuencias y porcentajes de variable relaciones sociales (Gijón)

E. Apoyos de la red social

Un 88.1% de la muestra disponía de apoyo familiar o vecinal. En la tabla 76 se detallan los resultados para cada valor.

	Frecuencia	Porcentaje
Con apoyo familiar o vecinal	177	88,1
Voluntariado social / ayuda domiciliaria	8	4,0
No tiene apoyo	7	3,5
Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica	1	,5
Tiene cuidados permanentes	8	4,0

Tabla 76. Frecuencias y porcentajes de apoyos de la red social (Gijón)

5.1.4.2 SDRS (Screening de Detección de Riesgo Social)

En este apartado se describen los resultados relacionados con la Dimensión clínica y social del SDRS.

A. Dimensión Clínica

Los resultados de la dimensión clínica reportaron que un 47.5% no presentaba riesgo en dicha dimensión, pero sí que tenían un riesgo medio el 31.7%,y un riesgo social el 20.8%.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo	96	47,5
Riesgo medio	64	31,7
Riesgo	42	20,8

Tabla 77. Frecuencias y porcentajes de la dimensión clínica (SDRS)

Los resultados de cada variable de la dimensión clínica se detallan a continuación.

A. 1. Vive solo

El 16.3% afirmó vivir solo, mientras que el 93.7% vivía acompañado, tal y como se describe en la tabla 78 de frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Vive acompañado	169	83,7
Vive sólo	33	16,3

Tabla 78. Frecuencias y porcentajes de vive solo (SDRS)

A.2. Presenta actividades de ocio

Un 42.6% afirma presentar alguna actividad de ocio. Se muestran las frecuencias en la siguiente tabla.

	Frecuencia	Porcentaje
Actividad de ocio	86	42,6
Sin actividad de ocio	116	57,4

Tabla 79. Frecuencias y porcentajes de actividad de ocio (SDRS)

A.3. Dependencia para las ABVD

Un 53.5% de la muestra presentaba algún tipo de dependencia en las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria), tal y como se detalla en la siguiente tabla (80).

	Frecuencia	Porcentaje
No dependencia	94	46,5
Dependencia	108	53,5

Tabla 80. Frecuencias y porcentajes de dependencia en ABVD (SDRS)

A.4 Ayuda para transferencias

El 54.5% no necesitaba ayuda para las transferencias, mientras que un 45.5% sí que lo necesitaba en algún grado.

	Frecuencia	Porcentaje
No ayuda	110	54,5
Ayuda	92	45,5

Tabla 81. Frecuencias y porcentajes de ayuda en transferencias (SDRS)

A.5. Alteración cognitiva / mental

En relación a la alteración cognitiva, un 80.2% presentaba alteración, tal y como muestra la tabla 82.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin alteración	162	80,2
Con alteración	40	19,8

Tabla 82. Frecuencias y porcentajes de alteración cognitiva / mental (SDRS)

A.6. Problemas de salud frecuentes en último año

Un 30.7% de la muestra afirmó haber padecido problemas frecuentes de salud en el último año, tal y como muestra la tabla 83.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin problemas	62	30,7
Con problemas	140	69,3

Tabla 83. Frecuencias y porcentajes de problemas de salud (SDRS)

A.7 Cuidador presenta problemas ansiedad en últimos 6 meses

En el 68.8% de los casos el cuidador no mostraba ansiedad en los últimos 6 meses

	Frecuencia	Porcentaje
No ansiedad	139	68,8
Ansiedad	63	31,2

Tabla 84. Frecuencias y porcentajes de problemas de ansiedad (SDRS)

B. Dimensión social

A nivel general, los resultados de la dimensión social, el 91.1% de la muestra no presentaron riesgo a nivel social.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo	184	91,1
Riesgo medio	17	8,4
Riesgo	1	,5

Tabla 85. Frecuencias y porcentajes dimensión social (SDRS)

A continuación se describen los resultados de las variables relacionadas con la dimensión social de la SRDS.

B.1 Vive con familia / amigos

El 79.2% de la muestra vivía acompañado de familia y/o amigos.

	Frecuencia	Porcentaje
Vive acompañado	160	79,2
Vive solo	42	20,8

Tabla 86. Frecuencias y porcentajes de vive con familia / amigos (SDRS)

B.2 Tiene ingresos económicos propios

El 90.6% de la muestra tenían ingresos económicos propios, tal y como se detalla en la siguiente tabla.

	Frecuencia	Porcentaje
Con ingresos económicos	183	90,6
Sin ingresos económicos	19	9,4

Tabla 87. Frecuencias y porcentajes de variable ingresos económicos propios (SDRS)

B.3 Tiene apoyo familiar / social

El 90.6 % de la muestra, al preguntarles si tenía apoyo familiar, refirió contar con apoyo familiar / social.

	Frecuencia	Porcentaje
Cuenta con apoyo	183	90,6
No cuenta con apoyo	19	9,4

Tabla 88. Frecuencias y porcentajes de apoyo familiar / social (SDRS)

B.4 Tiene vivienda propia

El 93.6% de la muestra cuenta con vivienda propia, al contrario que el 6.4%. Se detalla esta información en la tabla 89.

	Frecuencia	Porcentaje
Vivienda propia	189	93,6
Sin vivienda propia	13	6,4

Tabla 89. Frecuencias y porcentajes para categorías de vivienda propia (SDRS).

B.5 La vivienda está adaptada

En cuanto a la adaptación de la vivienda, el 63.9% de la muestra afirmó tener la vivienda adaptada, como puede verse en la tabla a continuación.

	Frecuencia	Porcentaje
Vivienda adaptada	129	63,9
Vivienda no adaptada	73	36,1

Tabla 90. Frecuencias y porcentajes de vivienda (SDRS)

5.1.5 Cuestionarios de calidad

En este apartado se presentan los resultados relacionados con los cuestionarios de calidad valorados en la muestra: el cuestionario de Baca y Ruiz (1993) y el SF-36.

5.1.5.1 Cuestionario de calidad de Baca y Ruiz

Los resultados del cuestionario de calidad de Baca puntuaron con una media de 125.69, con un mínimo de 68 y un máximo de 160. En la tabla 91 se detallan todos estadísticos descriptivos.

	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
						25	50	75
Resultado total	125,69	127,00	21,11	68,00	160,00	112,50	127,00	145,00

Tabla 91. Estadísticos descriptivos Baca y Ruiz

A continuación se detallan los resultados de las cuatro dimensiones que conforman el cuestionario: apoyo social, satisfacción general, bienestar físico / psicológico y ausencia de sobrecarga laboral.

A. Apoyo social

La dimensión "apoyo social" puntuó con una media de 35.06. Con un mínimo de 16 y un máximo de 44, tal y como aparece en la siguiente tabla (92).

	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
						25	50	75
Apoyo social	35,06	36,00	5,87	16,00	44,00	33,00	36,00	39,00

Tabla 92. Estadísticos descriptivos de la dimensión de apoyo social (Baca y Ruiz)

A continuación se detallan las preguntas de la dimensión "apoyo social".

A.1 ¿Cree que la vida le va dando lo que espera?

En la pregunta "Cree que la vida le va dando lo que espera", el 35.4% respondió que bastante, seguido de un 28% que contestó regular. Se detallan las respuestas en la tabla 93.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	10	5,3
Algo regular	44	23,3
Bastante	53	28,0
Mucho	67	35,4
	15	7,9

Tabla 93. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "la vida le va dando lo que espera" (Baca y Ruiz)

A.2 ¿Mantiene relaciones satisfactorias con las personas que convive?

A la pregunta "mantiene relaciones satisfactorias con las personas que convive", un 53.8% respondió que "mucho", seguido de un 28,7% que contestó "bastante".

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	15	7,7
Algo	12	6,2
regular	7	3,6
Bastante	56	28,7
Mucho	105	53,8

Tabla 94. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "relaciones satisfactorias" (Baca y Ruiz)

A.3 ¿Siente que le quieren las personas que le importan?

El 65.6% de la muestra respondió como "Mucho" a la pregunta "siente que le quieren las personas que le importan". Con un 24.6% contestó "bastante". El resto de resultados se detallan en la tabla 95.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	3	1,5
Algo	6	3,1
regular	10	5,1
Bastante	48	24,6
Mucho	128	65,6

Tabla 95. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "siente que le quieren" (Baca y Ruiz)

A.4 ¿Tiene buenas relaciones con su familia?

En la siguiente tabla (tabla 96) se adjuntan los resultados del ítem "tiene buenas relaciones con su familia". Un 68% respondió que mucho. Sin embargo, un 0.5% contestó "nada".

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	1	,5
Algo	12	6,1
regular	8	4,1
Bastante	42	21,3
Mucho	134	68,0

Tabla 96. Frecuencias y porcentajes de pregunta "Buenas relaciones con su familia" (Baca y Ruiz)

A.5 ¿Tiene amigos con los que contar en caso necesario?

Un 41.1% contestó a la pregunta "tiene amigos con los que contar en caso necesario" "mucho", mientras que el 6.6% respondió que nada. Se detallan los resultados en la siguiente tabla (97):

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	13	6,6
Algo	35	17,8
regular	18	9,1
Bastante	50	25,4
Mucho	81	41,1

Tabla 97. Frecuencias y porcentajes de pregunta "amigos con los que contar" (Baca y Ruiz)

A.6 ¿Cree que tiene a quien recurrir cuando necesita compañía o el apoyo de alguien?

Los resultados de la cuestión "cree que tiene a quien recurrir cuando necesita compañía", el 50,3% de la muestra respondió que "bastante". Con un 30.5%, le siguió la respuesta "mucho". En la tabla 98 se detallan las tablas de frecuencias.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	4	2,0
Algo	15	7,6
regular	19	9,6
Bastante	99	50,3
Mucho	60	30,5

Tabla 98. Frecuencia y porcentaje de pregunta "a quien recurrir" (Baca y Ruiz)

A.7 ¿Desearía tener relaciones sexuales más satisfactorias, o si no las tiene, le gustaría tenerlas?

El 38.3% de la muestra respondió "nada" a la pregunta de "desearía tener relaciones sexuales más satisfactoria". Por el contrario, sólo un 2.7% contestó "mucho". La siguiente tabla (99) expone los resultados detalladamente:

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	70	38,3
Algo	66	36,1
regular	26	14,2
Bastante	16	8,7
Mucho	5	2,7

Tabla 99. Frecuencias y porcentajes de pregunta "desearía tener relaciones sexuales más satisfactorias" (Baca y Ruiz)

A.8 ¿Tiene con quien compartir su tiempo o sus aficiones?

Un 34.9% y un 31.8% contestaron "bastante y "mucho" respectivamente, a la pregunta "tiene con quien compartir su tiempo o sus aficiones". Un 18.5% refirieron "algo", mientras que con un 7.7% y un 7.2% valoraron con regular y algo, respectivamente, a la pregunta.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	14	7,2
Algo	36	18,5
regular	15	7,7
Bastante	68	34,9
Mucho	62	31,8

Tabla 100. Frecuencias y porcentajes de pregunta "con quien compartir tiempo o aficiones" (Baca y Ruiz)

A.9 ¿Está satisfecho con los amigos que tiene?

Los resultados de la pregunta "está satisfecho con los amigos que tiene", se detallan en la tabla 101. A destacar el 34.9% de la muestra que contestó "bastante".

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	14	7,2
Algo	36	18,5
regular	15	7,7
Bastante	68	34,9
Mucho	62	31,8

Tabla 101. Frecuencias y porcentajes de pregunta "está satisfecho con los amigos que tiene" (Baca y Ruiz)

B. Satisfacción general

La media de la puntuación de la dimensión "satisfacción general" fue 48.02, con un máximo de 62 y un mínimo de 26. A continuación se detallan los estadísticos descriptivos en la tabla 102.

	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
						25	50	75
Satisfacción general	48,02	49,00	7,99	26,00	62,00	42,75	49,00	54,00

Tabla 102. Estadísticos descriptivos de la dimensión satisfacción general (Baca y Ruiz)

B.1 ¿Disfruta con el trabajo que realiza?

Al preguntar "disfruta con el trabajo que realiza", un 47.5% respondió "mucho". El 27.2% contestó "bastante", seguido de la respuesta "regular" con un porcentaje del 10.8%. La siguiente tabla (103) muestra al detalle todos los resultados de la variable.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	10	6,3
Algo	13	8,2
regular	17	10,8
Bastante	43	27,2
Mucho	75	47,5

Tabla 103. Frecuencias y porcentajes de pregunta "disfruta con el trabajo que realiza" (Baca y Ruiz)

B.2 ¿Está contento con la manera que realiza su trabajo?

En la tabla 104 se detallan los resultados para la variable "está contento con la manera que realiza su trabajo". El 43.9% respondió "mucho" y el 39.5% contestó "bastante".

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	8	5,1
Algo	9	5,7
regular	9	5,7
Bastante	62	39,5
Mucho	69	43,9

Tabla 104. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "está contento con la manera que realiza su trabajo" (Baca y Ruiz)

B.3 ¿Le deja el trabajo suficiente tiempo libre para otras cosas que desea hacer?

El 33.5% respondió "bastante", seguido del 21.9% que contestó "algo" a la pregunta "le deja el trabajo suficiente tiempo libre para otras cosas que desea hacer". A continuación la tabla 105 detalla los resultados.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	25	16,1
Algo	34	21,9
regular	27	17,4
Bastante	52	33,5
Mucho	17	11,0

Tabla 105. Frecuencias y porcentajes de de pregunta "tiempo libre" (Baca y Ruiz)

B.4 ¿Está contento con su ambiente de trabajo?

Las respuestas a la pregunta "está contento con su ambiente de trabajo" fueron "mucho" con un 28.9%, bastante con un 40.1%, y regular con un 18.4%. A continuación se detallan los resultados en la tabla 106.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	5	3,3
Algo	14	9,2
regular	28	18,4
Bastante	61	40,1
Mucho	44	28,9

Tabla 106. Frecuencias y porcentajes de pregunta "está contento con su ambiente de trabajo" (Baca y Ruiz)

B.5 ¿Le impide los problemas o preocupaciones del trabajo disfrutar de su tiempo libre?

Al preguntar "le impide los problemas o preocupaciones del trabajo disfrutar de su tiempo libre", los resultados fueron: mucho (un 3.3%), bastante (un 11.1%), regular (un 17.6%), algo (37.9) y nada (30.1).

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	46	30,1
Algo	58	37,9
regular	27	17,6
Bastante	17	11,1
Mucho	5	3,3

Tabla 107. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "disfrutar del tiempo libre" (Baca y Ruiz)

B.6 ¿Termina su jornada laboral tan cansado que sólo le apetece descansar?

El 10.4% de la muestra respondió "bastante" a la pregunta "su jornada laboral tan cansado que sólo le apetece descansar". Sin embargo, el 13.6% contestó "nada" a la pregunta. A continuación se detallan los resultados (tabla 108).

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	21	13,6
Algo	45	29,2
regular	34	22,1
Bastante	38	24,7
Mucho	16	10,4

Tabla 108. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "cansado al finalizar su jornada laboral" (Baca y Ruiz)

B.7 ¿El trabajo que hace le provoca un permanente estado de tensión?

Los resultados a esta pregunta mostraron los siguientes porcentajes: El 1.4% respondió mucho, el 5.5% bastante, el 13.1% regular. Un 48.3% respondió algo y el 31.7 contestó nada.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	46	31,7
Algo	70	48,3
regular	19	13,1
Bastante	8	5,5
Mucho	2	1,4

Tabla 109. Frecuencias y porcentajes de "estado de tensión por el trabajo" (Baca y Ruiz)

B.8 ¿Le desborda en la actualidad su trabajo?

El 72,7% respondió "nada", seguido de un 13,6% que contestó "algo" a la pregunta "le desborda en la actualidad su trabajo". El resto de resultados se detalla en la tabla adjunta (tabla 110).

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	64	72,7
Algo	12	13,6
regular	5	5,7
Bastante	2	2,3
Mucho	5	5,7

Tabla 110. Frecuencias y porcentajes de pregunta "le desborda en la actualidad su trabajo" (Baca y Ruiz)

B.9 ¿Se siente fracasado?

El 45.3% respondió "nada", a la pregunta "se siente fracasado". Un 37.9% contestó "algo", seguido de un 10.5% que respondió "regular". El resto de resultados se muestran en la tabla 111.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	86	45,3
Algo	72	37,9
regular	20	10,5
Bastante	6	3,2
Mucho	6	3,2

Tabla 111. Frecuencias y porcentajes de pregunta "se siente fracasado" (Baca y Ruiz)

B.10 ¿Le satisface la vida social que hace?

Los resultados a la pregunta "le satisface la vida social que hace", muestran los siguientes porcentajes. El 24.1% respondieron mucho; el 34% bastante; el 7.9% algo; el 22.5% algo y el 11.5% nada.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	22	11,5
Algo	43	22,5
regular	15	7,9
Bastante	65	34,0
Mucho	46	24,1

Tabla 112. Frecuencias y porcentajes de pregunta "satisfacción con vida social" (Baca y Ruiz)

B.11 ¿Considera interesante la vida que lleva?

El 8.3% de la muestra respondió "Mucho" a la pregunta "considera interesante la vida que lleva". El 37.5% contestó "bastante". El 17,7% respondió "regular". El 25% contestó algo, mientras que el 11.5% contestó nada.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	22	11,5
Algo	48	25,0
regular	34	17,7
Bastante	72	37,5
Mucho	16	8,3

Tabla 113. Frecuencias y porcentajes de la pregunta " considera interesante su vida" (Baca y Ruiz).

B.12 ¿Está satisfecho con el dinero de que dispone?

Las respuestas a "está satisfecho con el dinero de que dispone" fueron; "mucho" un 4.6%, "bastante" un 40.3%, "regular" un 17.3%, "algo" un 25% y "nada" un 12.8%.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	25	12,8
Algo	49	25,0
regular	34	17,3
Bastante	79	40,3
Mucho	9	4,6

Tabla 114. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "satisfacción con el dinero" (Baca y Ruiz)

B.13 ¿Está satisfecho con su forma de ser?

En la tabla adjunta (tabla 115) se detallan los resultados de la pregunta "está satisfecho con su forma de ser".

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	4	2,0
Algo	11	5,6
regular	20	10,2
Bastante	89	45,2
Mucho	73	37,1

Tabla 115. Frecuencias y porcentajes de pregunta "satisfecho con su forma de ser" (Baca y Ruiz)

C. Bienestar físico / psicológico

La media de la dimensión "bienestar físico / psicológico" fue de 22.30, con un mínimo de 7 y un máximo de 35. En la tabla 116 se describen los estadísticos descriptivos.

	Media	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
						25	50	75
Bienestar físico / psicológico	22,30	22,00	5,88	7,00	35,00	18,00	22,00	27,00

Tabla 116. Estadísticos descriptivos de la dimensión bienestar físico / psicológico (Baca y Ruiz)

C.1 ¿Se siente con buena salud?

El 31.4% de la muestra contestó nada, seguido del 28.3% respondieron "algo". El menor porcentaje fue un 7.3% con mucho, al preguntarles "se siente con buena salud".

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	60	31,4
Algo	54	28,3
regular	28	14,7
Bastante	35	18,3
Mucho	14	7,3

Tabla 117. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "se siente con buena salud" (Baca y Ruiz)

C.2 ¿Se siente con suficiente energía para hacer su vida diaria?

Las respuestas a la pregunta "se siente con suficiente energía para hacer su vida diaria" oscilaron entre el 40.4% de "algo" y el 6.2% de "mucho". En la tabla 118 se muestran los resultados.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	27	14,0
Algo	78	40,4
regular	24	12,4
Bastante	52	26,9
Mucho	12	6,2

Tabla 118. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "energía para su vida diaria" (Baca y Ruiz)

C.3 ¿Se siente inquieto o angustiado?

El 52.6% de la muestra contestó "nada" a la pregunta "se siente inquieto o angustiado". Seguido de un 17.5% que contestó "algo". El porcentaje más

bajo fue un 4.1% que contestaron "mucho". En la siguiente tabla se detallan los resultados.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	102	52,6
Algo	34	17,5
regular	22	11,3
Bastante	28	14,4
Mucho	8	4,1

Tabla 119. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "se siente inquieto o angustiado" (Baca y Ruiz)

C.4 ¿Tiene preocupaciones que le impiden o dificultades importantes para conciliar el sueño?

El 55.2% respondió que no tenía ninguna preocupación que le impidiera conciliar el sueño. Le siguió el 19.1% con la respuesta "algo". El 7.7% contestó "regular". El 16% respondió "bastante" y el 2.1% contestó "mucho".

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	107	55,2
Algo	37	19,1
regular	15	7,7
Bastante	31	16,0
Mucho	4	2,1

Tabla 120. Frecuencias y porcentajes de la pregunta "preocupaciones que dificultan conciliar el sueño" (Baca y Ruiz)

C.5 ¿Tiene insomnio o dificultades para conciliar el sueño?

El 44.4% de la muestra respondió "nada" a la pregunta "tiene insomnio o dificultades para conciliar el sueño". El resto de la muestra expresó tener algún problema. Los porcentajes se detallan en la tabla 121.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	87	44,4
Algo	18	9,2
regular	19	9,7
Bastante	58	29,6
Mucho	14	7,1

Tabla 121. Frecuencias y porcentajes de pregunta "insomnio" (Baca y Ruiz)

C.6 ¿Se siente cansado la mayor parte del día?

La pregunta "se siente cansado la mayor parte del día" obtuvo los siguientes porcentajes: mucho, un 7.2%; bastante, un 35.4%, regular, un 20.5%, algo, un 24.1% y nada, un 12.8%.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	25	12,8
Algo	47	24,1
regular	40	20,5
Bastante	69	35,4
Mucho	14	7,2

Tabla 122. Frecuencias y porcentajes de pregunta "se siente cansado" (Baca y Ruiz).

C.7 ¿Está satisfecho con su actual estado de salud?

Los porcentajes más altos se obtuvieron en algo (40.2%), y nada (23.2%), en respuesta a la pregunta "está satisfecho con su actual estado de salud". En la tabla 123 se detallan el resto de frecuencias.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	45	23,2
Algo regular	78	40,2
Bastante	29	14,9
Mucho	32	16,5
	10	5,2

Tabla 123. Frecuencias y porcentajes de pregunta "satisfecho con actual estado de salud" (Baca y Ruiz)

D. Ausencia de sobrecarga

La puntuación media de la dimensión "ausencia de sobrecarga" fue de 19.82, con un mínimo de 6 y un máximo de 30. El resto de estadísticos descriptivos de la variable, se detallan en la tabla 124.

	Media	Media na	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
						25	50	75
Ausencia de sobrecarga laboral / tiempo libre	19,82	21,00	5,07	6,00	30,00	16,00	21,00	24,00

Tabla 124. Estadísticos descriptivos de dimensión ausencia de sobrecarga / tiempo libre (Baca y Ruiz)

A continuación se enumeran los resultados para cada pregunta que integra esta dimensión.

D.1 ¿Cree que va alcanzando lo que se propone en la vida?

El 8.5% de la muestra valoró como "mucho" la pregunta "cree que va alcanzando lo que se propone en la vida." "bastante" obtuvo un 41.3%, y regular un 22.2%. El resto de porcentajes se enumeran en la tabla 125.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	9	4,8
Algo	44	23,3
regular	42	22,2
Bastante	78	41,3
Mucho	16	8,5

Tabla 125. Frecuencias y porcentajes de pregunta "va alcanzando lo que se propone" (Baca y Ruiz)

D.2 ¿Se siente capaz de conseguir la mayoría de cosas que desea?

El mayor porcentaje para la pregunta "se siente capaz de conseguir la mayoría de cosas que desea", fue un 36.7% con "bastante". Le siguió con un 26.6% regular, y con un 23.4% algo. Se describen todas las frecuencias y porcentajes en la siguiente tabla (126)

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	12	6,4
Algo	44	23,4
regular	50	26,6
Bastante	69	36,7
Mucho	13	6,9

Tabla 126. Frecuencias y porcentajes de pregunta "conseguir las cosas que desea" (Baca y Ruiz)

D.3 ¿Tiene tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día?

Los porcentajes de respuestas a la pregunta "tiene tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día" oscilaron entre un 55.2% (bastante) hasta un 6.8% (nada). En la tabla 127 se detallan los resultados.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	13	6,8
Algo	19	9,9
regular	25	13,0
Bastante	106	55,2
Mucho	29	15,1

Tabla 127. Frecuencias y porcentajes de pregunta "tiempo para relajarse" (Baca y Ruiz)

D.4 ¿Tiene posibilidades de desarrollar sus aficiones (tiempo, dinero, etc.)?

El 8.9% de la muestra respondió mucho a la pregunta "tiene posibilidades de desarrollar sus aficiones". El 40.5% contestó "bastante", y el 18.4% regular. La respuesta "algo" obtuvo el 22.1% y "nada" un 10%.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	19	10,0
Algo	42	22,1
regular	35	18,4
Bastante	77	40,5
Mucho	17	8,9

Tabla 128. Frecuencias y porcentajes de pregunta " posibilidad de desarrollar aficiones" (Baca y Ruiz)

D.5 ¿Considera agradable la vida que tiene?

A la pregunta "considera agradable la vida que tiene", los porcentajes oscilaron entre un 37.5% (bastante) y un 8.3% (mucho). La tabla 129 recoge la frecuencias y porcentajes de la variable.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	22	11,5
Algo	48	25,0
regular	34	17,7
Bastante	72	37,5
Mucho	16	8,3

Tabla 129. Frecuencias y porcentajes de pregunta "considera agradable la vida que tiene" (Baca y Ruiz)

D.6 ¿Está satisfecho con la vida que hace?

El 9.4% de la muestra contestó "mucho" a la pregunta "está satisfecho con la vida que hace". El 49.5% declaró estarlo "bastante". El 9.9% respondió regular. Algo obtuvo el 19.8% y nada el 11.5%.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	22	11,5
Algo	38	19,8
regular	19	9,9
Bastante	95	49,5
Mucho	18	9,4

Tabla 130. Frecuencias y porcentajes de pregunta "satisfecho con la vida que hace" (Baca y Ruiz)

5.1.5.2 Escala de salud SF-36

Los resultados de la Escala de salud se comentarán en este apartado, divididos por las dos componentes que la conforman. Los resultados para las dos preguntas independientes de los componentes se exponen a continuación. En respuesta a la pregunta "en general, usted diría que su salud es..." el mayor porcentaje se obtuvo para la respuesta "regular", con un 46%. Le siguió, con un 28.6%, la opción "mala". El menor porcentaje fue

para la opción "excelente", con un 4.8%. En la tabla 131 se muestran las frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	58	28,6
Regular	93	46,0
Buena	22	11,1
Muy buena	19	9,5
Excelente	10	4,8

Tabla 131. Frecuencias y porcentajes de estado de salud (SF-36)

Al preguntar "cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año", un 3.2% de la muestra respondió "mucho mejor que ahora". Sin embargo, el 47.6% contestó que "mucho peor". Las frecuencias y porcentajes se detallan en la siguiente tabla.

	Frecuencia	Porcentaje
Mucho peor	96	47,6
Algo peor	51	25,4
Más o menos igual	38	19,0
Algo mejor ahora	10	4,8
Mucho mejor ahora	6	3,2

Tabla 132. Frecuencias y porcentajes de salud comparada con hace un año (SF-36)

A. Componente de salud física (CSF)

La media de la CSF es 38.75, con un máximo de 78.75 y un mínimo del 6.25. En la tabla 133 se muestran los estadísticos descriptivos de la variable estudiada.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Salud física	38,75	18,51	6,25	78,75	23,13	37,50	55,00

Tabla 133. Estadísticos descriptivos de CSF (SF-36)

A continuación se enumeran los resultados de las dimensiones que forman parte de la CSF.

A.1 Función física

En relación a la función física, la media obtenida fue 19.94. Los estadísticos descriptivos de detallan en la tabla 134, que se puede ver a continuación.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Función física	19,94	26,18	0,00	100,00	0,00	5,00	35,00

Tabla 134. Estadísticos Descriptivos de Función física en CSF (SF-36)

A.1.1 Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

El 82.5% de la muestra respondió, a la pregunta "le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores", "sí, me limita mucho". Frente al 3.2% que contestó que no le limitaba nada. En la tabla 135 se detallan las frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	167	82,5
Sí, me limita un poco	29	14,3
No, no me limita nada	6	3,2

Tabla 135. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para hacer esfuerzos intensos" (SF-36)

A.1.2 Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

El mayor porcentaje para la pregunta "su salud actual, le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora", se obtuvo para la opción "sí, me limita mucho". Seguido de "sí, me limita un poco", con un 17.5% de las respuestas. El 3.2% declaró que no le limitaba nada.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	160	79,4
Sí, me limita un poco	35	17,5
No, no me limita nada	6	3,2

Tabla 136. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación de esfuerzos moderados" (SF-36)

A.1.3 Su salud actual, ¿le limita para coger /llevar la bolsa de la compra?

La respuesta a la pregunta "su salud actual, le limita para coger / llevar la bolsa de la compra", osciló desde el 65.1% para "sí, me limita mucho", hasta el 9.5% con "no me limita nada. En la tabla siguiente se muestran las frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	132	65,1
Sí, me limita un poco	51	25,4
No, no me limita nada	19	9,5

Tabla 137. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para coger bolsa de la compra" (SF-36)

A.1.4 Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

En 7.9% de la muestra contestó "no me limita nada", seguido del 14.3% para "sí, me limita un poco", a la pregunta "su salud actual, le limita para subir varios pisos por la escalera". El resto de porcentajes se detallan en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	157	77,8
Sí, me limita un poco	29	14,3
No, no me limita nada	16	7,9

Tabla 138. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para subir varios pisos por escalera" (SF-36)

A.1.5 Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

El 68.3% de la muestra respondió que le limitaba mucho su salud actual para subir un solo piso. El resto de frecuencias y porcentajes se detallan en la tabla 139.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	138	68,3
Sí, me limita un poco	48	23,8
No, no me limita nada	16	7,9

Tabla 139. Frecuencias y porcentajes de pregunta "subir un solo piso por la escalera" (SF-36)

A.1.6 Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

En la tabla 140 se muestran las frecuencias y porcentajes de las respuestas a la pregunta "su salud actual, le limita para agacharse o arrodillarse".

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	141	69,8
Sí, me limita un poco	42	20,6
No, no me limita nada	19	9,5

Tabla 140. Frecuencia y porcentaje de pregunta "limitación para agacharse o arrodillarse" (SF-36)

A.1.7 Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

El 79.4% de la muestra contestó que le limitaba mucho su salud actual para caminar un kilómetro o más. Le seguía, con un 15.9% la respuesta "sí, me limita un poco". A continuación se detallan las frecuencias y porcentajes (tabla 141).

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sí, me limita mucho	160	79,4
Sí, me limita un poco	32	15,9
No, no me limita nada	10	4,8

Tabla 141. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para caminar un kilómetro o más" (SF-36)

A.1.8 Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

Los porcentajes de respuesta a la pregunta "su salud actual, le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros), fueron "Me limita mucho" con un 74.6, seguido de "me limita un poco" con un 19%. Finalmente un 6.3% respondió "no, no me limita nada".

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	151	74,6
Sí, me limita un poco	38	19,0
No, no me limita nada	13	6,3

Tabla 142. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para caminar varias manzanas" (SF-36)

A.1.9 Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

Con un 61.9% la respuesta "sí, me limita mucho", obtuvo el mayor porcentaje al preguntar "su salud actual, le limita para caminar una sola manzana". En la siguiente tabla se detallan las frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	125	61,9
Sí, me limita un poco	48	23,8
No, no me limita nada	29	14,3

Tabla 143. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para caminar una sola manzana" (SF-36)

A.1.10 Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

Un 46% respondió que le limitaba mucho su salud para bañarse o vestirse por sí mismo. Le siguió, con un 36.5, la opción "no me limita nada". El mejor porcentaje fue la opción "sí, me limita un poco", con un 17.5%.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	93	46,0
Sí, me limita un poco	35	17,5
No, no me limita nada	74	36,5

Tabla 144. Frecuencias y porcentajes de pregunta "limitación para bañarse o vestirse" (SF-36)

A.2 Rol físico

En relación al rol físico, la media obtenida fue 23.90. Los estadísticos descriptivos de detallan en la tabla 145, que se puede ver a continuación.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Rol físico	23,90	40,64	0,00	100,00	0,00	0,00	50,00

Tabla 145. Estadísticos descriptivos de rol físico en CSF (SF-36)

En los siguientes apartados, se muestran las respuestas para cada pregunta de la dimensión rol físico.

A.2.1 Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

El 74.6% contestó afirmativamente a la pregunta "durante las 4 últimas semanas, tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física". Mientras que el 25.4% respondió con un "no".

	Frecuencia	Porcentaje
Si	151	74,6
No	51	25,4

Tabla 146. Frecuencias y porcentajes de pregunta "reducir el tiempo a trabajo o actividades cotidianas" (SF-36)

A.2.2 Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

En la siguiente tabla se muestran las frecuencias y porcentajes de las respuestas a la pregunta "hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física".

	Frecuencia	Porcentaje
Si	157	77,8
No	45	22,2

Tabla 147. Frecuencias y porcentajes de pregunta "Menos actividad de la deseada" (SF-36)

A.2.3 Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Con un 74.6%, la respuesta más numerosa, a la pregunta tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física", fue "si". En la tabla 148 se detallan las frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	151	74,6
No	51	25,4

Tabla 148. Frecuencias y porcentajes de pregunta "disminución de actividades cotidianas" (SF-36)

A.2.4 Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

El 76.2% de la muestra respondió "si" a la pregunta "tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas". Mientras que el 23.8% contestó "no".

	Frecuencia	Porcentaje
Si	154	76,2
No	48	23,8

Tabla 149. Frecuencia y porcentaje de pregunta "dificultad para hacer actividades cotidianas" (SF-36)

A.3 Dolor corporal

La puntuación media de la dimensión "dolor corporal" fue de 69.10, con un máximo de 100 y un mínimo de 12.50. En la tabla 150 se detalla el resto de estadísticos descriptivos.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Dolor corporal	69,10	27,40	12,50	100,00	45,00	67,50	100,00

Tabla 150. Estadísticos descriptivos de dolor corporal en CSF (SF-36)

En los siguientes apartados se exponen los resultados de las preguntas que componen esta dimensión.

A.3.1 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

En la tabla 151 se muestran las frecuencias y porcentajes de los resultados de la pregunta "tuvo dolor en alguna parte el cuerpo durante las 4 últimas semanas", en el que el mayor porcentaje fue de un 36.5 para la opción "sí, muchísimo".

	Frecuencia	Porcentaje
No, ninguno	3	1,6
Sí, muy poco	6	3,2
Sí, un poco	45	22,2
Sí, moderado	45	22,2
Sí, mucho	29	14,3
Sí, muchísimo	74	36,5

Tabla 151. Frecuencias y porcentajes de pregunta "dolor" (SF-36)

A.3.2 Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Al preguntar hasta qué punto el dolor había dificultado su trabajo habitual, el 33.3% de la muestra respondió mucho. Le siguió Bastante, con un 30.2%. El resto de porcentajes, así como las frecuencias se detallan en la siguiente tabla.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	3	1,6
Un poco	48	23,8
Regular	22	11,1
Bastante	61	30,2
Mucho	67	33,3

Tabla 152. Frecuencias y porcentajes de pregunta "dificultad en el trabajo habitual por el dolor" (SF-36)

A.4 Salud General

La puntuación media de la dimensión "salud general" fue de 42.06, con un máximo de 90 y un mínimo de 5. Los estadísticos descriptivos se muestran en la tabla 153.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Salud general	42,06	23,79	5,00	90,00	20,00	40,00	65,00

Tabla 153. Estadísticos descriptivos de salud general en CSF (SF-36)

En los siguientes apartados se enumeran los resultados de las cuestiones que se agrupan en esta dimensión.

A.4.1 Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

Al preguntar "creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas", el 27% respondió "algunas veces". El siguiente porcentaje fue 25.4% con alguna vez. La tabla 154 muestra las frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	22	11,1
Casi siempre	48	23,8
Algunas veces	55	27,0
Sólo alguna vez	51	25,4
Nunca	26	12,7

Tabla 154. Frecuencias y porcentajes de pregunta "me pongo enfermo más fácilmente" (SF-36)

A.4.2 Estoy tan sano como cualquiera

Sólo el 7.9% respondió a la pregunta "estoy tan sano como cualquiera" siempre. El 34.9% y el 22.2% contestó "casi siempre" y "algunas veces" respectivamente, tal y como muestra la tabla 155.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	16	7,9
Sólo alguna vez	55	27,0
Algunas veces	45	22,2
Casi siempre	70	34,9
Siempre	16	7,9

Tabla 155. Frecuencias y porcentajes Frecuencias de pregunta "estoy tan sano como cualquiera" (SF-36)

A.4.3 Creo que mi salud va a empeorar

Un 1.6% de la muestra contestó "nunca" a la pregunta "creo que mi salud me va a empeorar". El mayor porcentaje fue del 34.9%, con la opción "casi siempre". Se muestran las frecuencias y porcentajes en la tabla 156.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	22	11,1
Casi siempre	70	34,9
Algunas veces	61	30,2
Sólo alguna vez	45	22,2
Nunca	3	1,6

Tabla 156. Frecuencias y porcentajes de pregunta "mi salud va a empeorar" (SF-36)

A.4.4 Mi salud es excelente

"Nunca" fue la respuesta más frecuente, con un 38.1%, al preguntar "mi salud es excelente". El menor porcentaje fue un 4.8% para la opción "siempre", tal y como se detalla en la siguiente tabla (157):

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	77	38,1
Sólo alguna vez	35	17,5
Algunas veces	22	11,1
Casi siempre	58	28,6
Siempre	10	4,8

Tabla 157. Frecuencias y porcentajes de pregunta "mi salud es excelente" (SF-36)

B. Componente de Salud Mental (CSM)

El componente de Salud Mental (CSM) puntuó con una media de 62.40, tal y como se detalla en la tabla 158 de estadísticos descriptivos.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Salud mental	62,40	18,53	7,06	88,94	58,77	66,25	73,50

Tabla 158.. Estadísticos descriptivos de CSM (SF-36)

A continuación se exponen los resultados de las dimensiones que componen la CSM: vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

B.1 Vitalidad

En relación a "vitalidad", se obtuvo una media de 48.17 con un máximo de 78.75 y un mínimo de 11.25. En la tabla 159 se muestran los estadísticos descriptivos de la variable.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Vitalidad	48,17	18,28	11,25	78,75	32,50	47,50	63,75

Tabla 159. Estadísticos descriptivos vitalidad en CSM (SF-36)

En los siguientes apartados se detallan los resultados de las preguntas que se agrupan dentro de "vitalidad".

B.1.1 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

Al preguntar "cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad", el 38.1% de la muestra respondió "muchas veces". Le siguió, con un 28.6%, "sólo alguna vez". En la tabla 160 se muestran las frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	16	7,9
Sólo alguna vez	58	28,6
Algunas veces	77	38,1
Muchas veces	29	14,3
Casi siempre	22	11,1
Siempre	0	,0

Tabla 160. Frecuencias y porcentajes de pregunta "tiempo lleno de vitalidad" (SF-36)

B.1.2 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

La pregunta "cuánto tiempo tuvo mucha energía", tuvo los resultados que se detallan en la tabla 161 de frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	3,2
Sólo alguna vez	58	28,6
Algunas veces	61	30,2
Muchas veces	42	20,6
Casi siempre	35	17,5
Siempre	0	0,0

Tabla 161. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo tuvo energía" (SF-36)

B.1.3 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

La menor frecuencia de respuesta a la pregunta "cuánto tiempo se sintió agotado" fue para "nunca", con un 1.6%. En el lado opuesto, el mayor porcentaje fue "algunas veces" y "sólo alguna vez" con un 34.9% cada opción. En la tabla 162 se detallan las frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	3,2
Casi siempre	13	6,3
Muchas veces	38	19,0
Algunas veces	70	34,9
Sólo alguna vez	70	34,9
Nunca	3	1,6

Tabla 162. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo se sintió agotado" (SF-36)

B.1.4 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

El 44.4% de la muestra contestó "algunas veces" a la pregunta "cuánto tiempo se sintió cansado". Le siguió "sólo alguna vez", con un 30.2%. Se muestran en la tabla 163 las frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	1,6
Casi siempre	48	23,8
Algunas veces	90	44,4
Sólo alguna vez	61	30,2
Nunca	0	,0

Tabla 163. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo se sintió cansado" (SF-36)

B.2 Función Social

Al analizar la "función social" se obtuvo una puntuación media de 54.17, tal y como se muestra en la tabla 164 de estadísticos descriptivos de la variable.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Función social	54,17	24,08	0,00	100,00	37,50	50,00	75,00

Tabla 164. Estadísticos descriptivos de función social en CSM (SF-36)

A continuación, se exponen en los siguientes apartados los resultados de las cuestiones que forman esta dimensión.

B.2.1 Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Los resultados de la pregunta "hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas" fueron: con un 22.2% "mucho", un 15.9% "bastante", un 23.8% respondió "regular". Un 33.3% contestó "un poco". Mientras que el 4.8% contestó "nada".

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	10	4,8
Un poco	67	33,3
Regular	48	23,8
Bastante	32	15,9
Mucho	45	22,2

Tabla 165. Frecuencias y porcentajes de pregunta "dificultad de actividades sociales por problema emocionales" (SF-36)

B.2.2 Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

El 52.4% de la muestra respondió "algunas veces" a la cuestión "con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales". La menor frecuencia fue para "nunca", con un 3.2%. En la tabla 166 se muestra las frecuencias y porcentajes de la variable.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	13	6,3
Casi siempre	16	7,9
Algunas veces	106	52,4
Sólo alguna vez	61	30,2
Nunca	6	3,2

Tabla 166. Frecuencias y porcentajes de pregunta "dificultad de actividades sociales por salud física o problemas emocionales" (SF-36)

B.3 Rol Emocional

Al analizar estadísticamente la dimensión "rol emocional", se obtuvo la media de respuestas: 79.89, tal y como se describe en la tabla 167 de estadísticos descriptivos,

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Rol emocional	79,89	34,67	0,00	100,00	66,67	100,00	100,00

Tabla 167. Estadísticos descriptivos rol emocional en CSM (SF-36)

A continuación se exponen las frecuencias y porcentajes de las preguntas que se agrupan en "rol emocional".

B.3.4 Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

El 77.8% respondió afirmativamente a la cuestión "tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional". El 22.2% contestó con "no".

	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	22,2
No	157	77,8

Tabla 168. Frecuencias y porcentajes de pregunta "reducción de tiempo en trabajo" (SF-36)

B.3.5 Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Un 84.1% contestó "no" a la pregunta " hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional". El 15.9% respondió afirmativamente a la pregunta.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	15,9
No	170	84,1

Tabla 169. Frecuencias y porcentajes de pregunta "menos actividad por problemas emocionales" (SF-36)

B.3.6 Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Los participantes respondieron en un 77.8% "no" a la pregunta "no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional. El 22.2% contestó afirmativamente.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	22,2
No	157	77,8

Tabla 170. Frecuencias y porcentajes de pregunta "descuido en sus actividades" (SF-36)

B.4 Salud Mental

La puntuación media de "salud mental" fue de 67.38, con un máximo de 91 y un mínimo de 17, tal y como se detalla en la tabla 171 de estadísticos descriptivos.

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
salud mental	67,38	16,34	17,00	91,00	59,00	70,00	79,00

Tabla 171. Estadísticos descriptivos de salud mental en CSM (SF-36)

A continuación se detallan las frecuencias y porcentajes de las preguntas que conforman la dimensión de "salud mental".

B.4.1 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

El 36.2% respondió "sólo alguna vez" a la pregunta "cuánto tiempo estuvo muy nervioso". Le siguió, con un 30.2% "nunca". La menor frecuencia fue para siempre con un 0%. En la tabla 172 se detallan las frecuencias y porcentajes de la variable.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0
Casi siempre	10	4,8
Muchas veces	13	6,3
Algunas veces	45	22,2
Sólo alguna vez	74	36,5
Nunca	61	30,2

Tabla 172. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo estuvo muy nervioso" (SF-36)

B.4.2 Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

A la pregunta "cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle", el 42.9% respondió "sólo alguna vez". El 34.9% contestó "no". La menor frecuencia fue "siempre" con un 0%. La tabla 173 muestra las frecuencias y porcentajes de la variable.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0
Casi siempre	10	4,8
Muchas veces	10	4,8
Algunas veces	26	12,7
Sólo alguna vez	87	42,9
Nunca	70	34,9

Tabla 173. Frecuencias y porcentajes de pregunta "bajo de moral" (SF-36)

B.4.3 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

Un 3.2% de la muestra contestó "siempre", mientras que el 42.9% respondió "casi siempre" a la pregunta "cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo". En la siguiente tabla se detallan las frecuencias y porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	4,8
Sólo alguna vez	22	11,1
Algunas veces	35	17,5
Muchas veces	42	20,6
Casi siempre	87	42,9
Siempre	6	3,2

Tabla 174. Frecuencias y porcentajes de pregunta "tiempo que se sintió calmado y tranquilo" (SF-36)

B.4.4 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

La mayor frecuencia para la pregunta "cuánto tiempo se sintió desanimado y triste", fue para "sólo alguna vez", con un 50.8%. Le siguió, con un 20.6% "algunas veces". El menor porcentaje fue "siempre" con un 0%. La tabla 175 muestra los porcentajes y frecuencias.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0
Casi siempre	13	6,3
Muchas veces	19	9,5
Algunas veces	42	20,6
Sólo alguna vez	103	50,8
Nunca	26	12,7

Tabla 175. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo se sintió desanimado y triste" (SF-36)

B.4.5 Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

El 60.3% de la muestra respondió "algunas veces" a la pregunta "cuánto tiempo se sintió feliz". Le siguió "sólo alguna vez, con un 19%. El resto de porcentajes y las frecuencias se detallan en la tabla 176.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Sólo alguna vez	38	19,0
Algunas veces	122	60,3
Casi siempre	35	17,5
Siempre	6	3,2

Tabla 176. Frecuencias y porcentajes de pregunta "cuánto tiempo se sintió feliz" (SF-36)

5.2. VALIDACIÓN DE LA ESCALA

A continuación se detallan los resultados de la validación de SDRS, la Escala de Screening de Detección de Riesgo Social.

5.2.1. Validez factorial

Para valorar las dimensiones que subyacen a la escala de riesgo, se han realizado análisis de dimensionalidad, en concreto análisis factoriales. Un primer análisis exploratorio realizado en SPSS ayudó a despejar las dudas en torno al número de dimensiones más adecuadas para representar los indicadores de riesgo y de qué riesgo eran indicadores de esas dimensiones.

El resultado apuntó a dos dimensiones. Dado que los indicadores tenían una escala binaria (presencia/ausencia) se procedió entonces a emplear un procedimiento de análisis factorial confirmatorio para variables dicotómicas mediante estimación WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance corrected), el adecuado para este tipo de indicadores. El ajuste del modelo a las dos dimensiones fue muy adecuado, lo que se muestra en que la chi-cuadrado resultó en 75.62, $p = .02$, CFI= .99 y RMSEA= .046. Dado que valores por encima de .95 del CFI y por debajo de .05 del RMSEA son indicativos de un muy buen ajuste datos-modelo, puede decirse que existen dos dimensiones de riesgo social subyaciendo a los indicadores de la escala.

La tabla 177 muestra qué indicadores van con cada dimensión y con qué fuerza (saturación factorial). Saturaciones por encima de .3 suelen considerarse adecuadas.

Indicador	Sat.	Riesgo
Vive solo	.954	Social
Vive con familia /amigos	.98	Social
Presenta actividades de ocio	.600	Clínico
Tiene ingresos económicos propios	.406	Social
Tiene apoyo familiar / social	.597	Social
Tiene vivienda propia	.242	Social
La vivienda está adaptada	.098	Social
Es dependiente para alguna de las ABVD	.939	Clínico
Necesita ayuda para las transferencias	.925	Clínico
Presenta deterioro cognitivo / trastorno mental	.778	Clínico
Presenta problemas de salud frecuentes en el último año	.550	Clínico
Cuidador problemas de ansiedad/depresión en últimos 6 años	.609	Clínico

Tabla 177. Indicadores, saturación factorial y dimensión a la que pertenecen categorías de SDRS.

La dimensión clínica englobaría aquellas variables que tienen que ver con las capacidades físicas de cada sujeto, representadas por el estado de salud, de la índole que fuera (a nivel cognitivo o físico), la autonomía en actividades básicas e instrumentales, y la sobrecarga del cuidador. Son variables que requieren ser tenidas en cuenta a la hora de valorar un posible riesgo social, y que, como se ha visto en apartados anteriores, no contemplaban las escalas más usadas para el caso. Los ítems que se agrupan en la dimensión clínica son:

- Presenta actividades de ocio
- Es dependiente para alguna de las ABVD
- Necesita ayuda para las transferencias
- Presenta deterioro cognitivo / trastorno mental
- Presenta problemas de salud frecuentes en el último año
- Cuidador problemas de ansiedad/depresión en últimos 6 años

La dimensión social, por su parte, engloba variables que tienen un perfil puramente social y familiar, de forma que tiene en cuenta factores socioeconómicos, condiciones de vivienda y existencia de apoyo familiar. Los ítems que se agrupan en la dimensión social son:

- Vive solo
- Vive con familia /amigos
- Tiene ingresos económicos propios
- Tiene apoyo familiar / social
- Tiene vivienda propia
- La vivienda está adaptada

5.2.2. Fiabilidad

Se ha calculado la fiabilidad de ambas dimensiones mediante el "Composite Reliability Index", adecuado para este tipo de situaciones con ítems binarios [130]. Estos indicadores se consideran adecuados si sobrepasan el valor de .7. En el caso del Riesgo Clínico el CRI valió .87. En el caso de la Dimensión Social el CRI fue de 0.76. Puede decirse, por tanto, que la fiabilidad de ambas dimensiones es muy adecuada.

Adicionalmente se cuenta con la evaluación de riesgo de un juez. Se ha calculado el coeficiente de correlación intraclase entre las dimensiones clínica y social, y en ambos casos han resultado estadísticamente significativas ($p < .05$), y con valores positivos y relativamente altos de .346 y .391.

Siguiendo la guía para interpretar coeficientes de acuerdo de Landis y Koch (1977), el acuerdo medido mediante los coeficientes de correlación intraclase puede considerarse adecuado [131].

5.2.3. Validez referida al criterio

En este apartado se describen los estadísticos de la validez criterial o referida a criterios. A continuación se expondrán los resultados obtenidos.

A. Correlaciones de Pearson con el criterio (Escala de Gijón)

Los resultados de la correlación de Pearson con significación de $p < .05$ demuestran existencia de relación significativa entre la Escala de Gijón y las dimensiones clínica y social del SDRS.

		Dimensión clínica	Dimensión social
Escala Gijón	Correlación de Pearson	,281**	,548**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	200	200
Gijón categórica	Correlación de Pearson	,281	,439
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	200	200

Tabla 178. Estadísticos de correlación de Pearson entre las dos dimensiones de la SDRS y la escala de Gijón.

B. Correlación de Spearman

Adicionalmente a los coeficientes de correlación de Pearson, se han calculado los correspondientes coeficientes no paramétricos (Spearman), para complementar los resultados anteriores. Los resultados de Spearman con una significación de $p < .05$, muestra que las relaciones con las dimensiones clínica y social resultan estadísticamente significativas.

		Dimensión clínica	Dimensión social
Escala Gijón	Correlación de Pearson	,320**	,548**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	200	200
Gijón categórica	Correlación de Pearson	,304**	,417**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	200	200

Tabla 179. Correlación de Pearson. (SDRS y Gijón)

5.3. RESULTADOS DE RELACIÓN ENTRE VARIABLES

En este apartado se detallan los resultados de analizar la relación entre las diferentes variables de estudio.

5.3.1. Riesgo social y variables sociodemográficas

A continuación se detallan la relación con las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico propio y nivel socioeconómico de la unidad familiar.

A. Edad

Al medir la relación existente entre la edad y las dos dimensiones de la escala SDRS se obtuvo que efectivamente existía significación estadística entre la dimensión clínica y la edad, con una $p= 0.00$. Sin embargo, no existe tal relación entre la dimensión social y la edad.

		Dimensión clínica	Dimensión social
Edad	Correlación de Pearson	,376	,008
	Sig. (bilateral)	,000	,906
	N	202	202

Tabla 180. Relación estadística entre edad y dimensiones de SDRS

B. Sexo

Para valorar si hay diferencias debidas al género en las dos dimensiones de riesgo, se han realizado sendas pruebas *t*. Los resultados descriptivos se muestran a continuación (tabla 181).

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Riesgo clínico	Hombre	103	2,3981	1,86474	,18374
	Mujer	99	3,1515	1,79207	,18011
Riesgo social	Hombre	103	,8350	1,04878	,10334
	Mujer	99	1,1414	1,04011	,10454

Tabla 181. Estadísticos descriptivos por sexos en dimensiones de SDRS

En el caso de la dimensión clínica el resultado es estadísticamente significativo ($t = -2.926$, $p < .05$) y también lo es la dimensión social ($t = -2.08$, $p < .05$). En ambos casos se comprueba un menor riesgo en los varones.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
Dimensión clínica	Se han asumido varianzas iguales	0,24	0,63	-2,93	200,00	0,00	-0,75	0,26	-1,26	-0,25
	No se han asumido varianzas iguales			-2,93	200,00	0,00	-0,75	0,26	-1,26	-0,25
Dimensión social	Se han asumido varianzas iguales	0,37	0,54	-2,08	200,00	0,04	-0,31	0,15	-0,60	-0,02
	No se han asumido varianzas iguales			-2,08	199,80	0,04	-0,31	0,15	-0,60	-0,02

Tabla 182. Pruebas t de comparación entre sexos y dimensiones de SDRS.

C. Estado civil

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA), para valorar posibles diferencias entre el estado civil y las dimensiones clínica y social de la escala SDRS. Se agrupó para ello la variable en dos categorías: casado y otros (soltero, viudo, separado, etc).

A continuación se expone y detalla la relación entre el estado civil y las dos dimensiones.

C.1 Estado civil y dimensión clínica de escala SDRS

Los estadísticos descriptivos en la dimensión clínica, son mostrados en la tabla 183.

Estado civil	Media	Desviación típica	N
Otros	3,13	1,77	77,00
Casados	2,54	1,89	125,00

Tabla 183. Estadísticos descriptivos de estado civil en la dimensión clínica (SDRS)

Al realizar los análisis para relacionar el estado civil y la dimensión clínica, se encontraron unos resultados estadísticamente significativos con unos valores de $F=4.80$ y $p<0.05$. Este resultado muestra que existen diferencias entre los pacientes que están casados y los que se encuentran separados, solteros o viudos. Los pacientes casados tienen menor riesgo social, que los solteros o viudos.

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	16,36	1,00	16,36	4,80	0,03	0,02
Intersección Ecivil2	1533,94	1,00	1533,94	450,03	0,00	0,69
Error	681,71	200,00	3,41			
Total	2245,00	202,00				
Total corregida	698,06	201,00				

Tabla 184. Estadísticos de ANOVA: estado civil y dimensión clínica (SDRS)

C.2 Estado civil y dimensión social de escala SDRS

La siguiente tabla expone los resultados de los estadísticos descriptivos en la dimensión social.

Ecivil2	Media	Desviación típica	N
Otros	1,58	1,139	77
Casados	,61	,80	125
Total	,98	1,05	202

Tabla 185. Estadísticos descriptivos de la variable estado civil en la dimensión social de la SDRS

Al realizar el análisis de varianza, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, con una $F=50.133$ y una $p=0.00$, que confirman la relación entre el estado civil y la dimensión social, de forma que los pacientes casados tienen menor riesgo social que los viudos y solteros.

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	44,68	1	44,68	50,13	,00	,20
Intersección	230,70	1	230,70	258,82	,00	,56
Ecivil2	44,68	1	44,68	50,13	,00	,20
Error	178,26	200	,89			
Total	419,00	202				
Total corregida	222,95	201				

Tabla 186. Análisis de varianza entre estado civil y dimensión social (SDRS)

D. Nivel de estudios

Se realizaron los análisis de varianza para valorar las posibles relaciones significativas entre las dos dimensiones de la escala SDRS y el nivel de estudios. A continuación se detalla cada una de ellas.

D.1 Nivel de estudios y dimensión clínica

En la tabla 187 se detallan las medias y estadísticos descriptivos de las diferentes categorías de la variable en la dimensión clínica.

Nivel de estudios	Media	Desviación típica	N
Sin estudios	2,93	1,89	105
Estudios Primarios	2,64	1,76	78
Estudios Secundarios	2,15	2,03	13
Estudios Universitarios	2,80	2,58	5

Tabla 187. Estadísticos descriptivos de variable nivel de estudios en dimensión clínica (SDRS)

Los resultados dieron una $F=0.86$, una $p=0.46$ y un $\eta^2= 0.01$, por lo que no existe relación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

D.2 Nivel de estudios y dimensión social

En la siguiente tabla se muestran los estadísticos descriptivos de las categorías de la variable "nivel de estudios" en la dimensión social.

Nivel de estudios	Media	Desviación Típica	N
Sin estudios	1.10	1.15	105.00
Estudios primarios	0.91	0.96	78.00
Estudios secundarios	0.92	0.86	13.00
Estudios universitarios	0.20	0.45	5.00
Total	0.99	1.05	201.00

Tabla 188. Estadísticos descriptivos de nivel de estudios en dimensión social (SDRS)

Los resultados del análisis de varianza son estadísticamente no significativos, con una $F=1.46$, $p>0.05$ y $\eta^2= 0.22$.

E. Nivel socioeconómico del paciente

Con el fin de conocer si existía relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico de los pacientes y las dimensiones clínicas y sociales de la escala SDRS se encontró que ambas relaciones eran significativas, con unos valores de $p < 0.05$. Esto quiere decir que los pacientes con un menor nivel socioeconómico tienen un mayor riesgo social.

Se valora una relación estadística más potente con la dimensión clínica, tal y como muestran los datos de la tabla 189.

		Dimensión clínica	Dimensión social
Correlación de Pearson		-,171	-,150
Nivel socioeconómico	Sig. (bilateral)	,015	,033
N		200	200

Tabla 189. Correlación de Pearson de nivel socioeconómico y dimensiones de SDRS

F. Nivel socioeconómico de la Unidad Familiar

Al estudiar la relación entre el nivel socioeconómico de la unidad familiar y las dimensiones de la SDRS, se obtuvo que existía relación significativa entre esta variable y la dimensión social con una $p < 0.05$, de forma que las unidades familiares con mayores ingresos económicos tienen menor riesgo social. Sin embargo, se concluyó que no había relaciones con la dimensión clínica. En la tabla 190 se muestran todos los resultados.

		Dimensión clínica	Dimensión social
Nivel socioeconómico unidad familiar	Correlación de Pearson	-,059	-,151
	Sig. (bilateral)	,411	,033
	N	199	199

Tabla 190. Correlación de Pearson del nivel socioeconómico de la unidad familiar con las dimensiones de SDRS

5.3.2 Riesgo social y datos de salud

En este apartado se exponen los resultados de analizar estadísticamente los datos de salud, al relacionarlos con el riesgo social, valorado a través de la SDRS.

A. Servicio de ingreso

Se ha realizado un ANOVA para ver si existen diferencias en la dimensión clínica de riesgo en función del servicio de ingreso. Los resultados son estadísticamente significativos ($F= 8.51$, $p< .05$, $\eta^2= .079$). Este resultado muestra que hay diferente nivel de riesgo en función del servicio de ingreso. La tabla 191 muestra las medias de los distintos tipos de ingresos.

Especialidad	Media	Desviación típica	N
Médica	2,6624	1,82418	157
Quirúrgica	2,2963	1,63648	27
Crónicos	4,3889	1,78684	18
Total	2,7673	1,86359	202

Tabla 191. Medias y desviación típica de la dimensión clínica (SDRS) en función del servicio de ingreso

Las correspondientes pruebas post-hoc mostraron, como puede verse en la siguiente tabla (tabla 192), que el grupo que difería de los demás era el de

crónicos. Los pacientes ingresados en esta unidad puntúan más en riesgo social.

(I)Servicio ingreso	(J)Servicio ingreso	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.
Médica	Quirúrgica	,3661	,37451	,592
	Crónicos	-1,7265 [*]	,44732	,000
Quirúrgica	Médica	-,3661	,37451	,592
	Crónicos	-2,0926 [*]	,54698	,001
Crónicos	Médica	1,7265 [*]	,44732	,000
	Quirúrgica	2,0926 [*]	,54698	,001

Tabla 192. Prueba post-hoc de comparación por servicio de ingreso en la dimensión clínica. (SDRS)

A.2 Dimensión social

El ANOVA que valoró la relación entre el servicio de ingreso y la dimensión social mostró que no existían relaciones estadísticamente significativas con una $p > .05$, como puede verse en el ANOVA de la tabla 193.

Origen	Suma cuadrados t. III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	3,35	2	1,67	1,52	0,22	,015
Intersección	83,22	1	83,22	75,41	0,00	,275
Servicio2	3,35	2	1,67	1,52	0,22	,015
Error	219,61	199	1,10			
Total	419,00	202				
Total corregida	222,96	201				

Tabla 193. ANOVA de componente social (SDRS) y servicio de ingreso

B. Diagnóstico de ingreso

Se realizó un ANOVA para valorar las diferencias en la dimensión clínica en función del diagnóstico de ingreso. A continuación se detallan las

medias y desviaciones típicas de las diferentes categorías (tabla 194).

Diagnósticos	Media	Desviación típica	N
Alteraciones neurológicas y neurodegenerativas	3,52	2,04	23
Alteraciones respiratorias	2,73	1,84	52
Alteraciones cardíacas	2,71	1,64	49
Lesiones aparato locomotor	2,25	1,51	20
Enfermedades oncológicas	2,21	1,93	19
Alteraciones digestivas	2,95	2,06	20
Alteraciones urológicas	2,72	2,32	11
Alteraciones endocrinas	4,50	,70	2
Alteraciones dermatológicas	3,50	3,53	2
Alteraciones circulatorias	2,75	1,89	4

Tabla 194. Estadísticos descriptivos de diagnóstico en dimensión clínica (SDRS)

Con una $p > 0.05$ ($p = 0.413$, $F = 1.035$, $\eta^2 = 0.046$), la relación entre el diagnóstico de ingreso y la dimensión clínica resultó ser no estadísticamente significativa.

En cuanto al análisis de varianza de los diagnósticos de ingreso y la dimensión social, se pueden observar en la siguiente tabla los estadísticos descriptivos:

Diagnósticos	Media	Desviación típica	N
Alteraciones neurológicas y neurodegenerativas	0,65	0,93	23
Alteraciones respiratorias	0,94	1,02	52
Alteraciones cardíacas	0,88	0,99	49
Lesiones aparato locomotor	1,35	1,09	20
Enfermedades oncológicas	1,37	1,34	19
Alteraciones digestivas	0,80	1,01	20
Alteraciones urológicas	1,27	1,01	11
Alteraciones endocrinas	1,50	0,71	2
Alteraciones dermatológicas	1,00	1,41	2
Alteraciones circulatorias	1,00	1,41	4

Tabla 195. Estadísticos descriptivos de diagnóstico en dimensión social (SDRS)

Con una $F=1,085$, $p=0,375$ y $\eta^2= 0,048$, no se encontraron resultados estadísticamente significativos en la relación entre la dimensión social de la SDRS y el diagnóstico de ingreso.

C. Número de urgencias en los últimos 6 meses

Se analizó mediante coeficientes de correlación la asociación entre número de urgencias en los últimos seis meses y las dimensiones clínica y social de la SRDS, obteniendo resultados estadísticamente significativos para la dimensión social con una $p<0.05$. Esto significa que los pacientes que tienen mayor número de urgencias puntúan más en el riesgo social. tal y como se muestra en la siguiente tabla.

		Dimensión clínica	Dimensión social
Veces que ha acudido a urgencias (6 meses)	Correlación de Pearson	,171	,017
	Sig. (bilateral)	,015	,814
	N	202	202

Tabla 196. Correlación de Pearson número urgencias y dimensiones de SDRS

D. Salud percibida

Mediante correlaciones se estudió la relación entre las dimensiones clínica y social y la salud percibida de los pacientes. Se obtuvo relaciones estadísticamente significativas entre la salud percibida y la dimensión clínica con una $p<0.05$. De forma que a peor percepción de salud, mayor riesgo social.

Sin embargo, no se encontró significación entre la dimensión social y la salud percibida con un $p>0.05$

		Dimensión clínica	Dimensión social
	Correlación de Pearson	-,434**	-,126
Salud percibida	Sig. (bilateral)	,000	,073
	N	202	202

Tabla 197. Correlación de Pearson de salud percibida y dimensiones de SDRS

5.3.3. Riesgo social y patrones funcionales de enfermería

En este apartado se detallan las relaciones de la valoración de enfermería por patrones funcionales con las dimensiones de riesgo clínico y social

A. Patrón 1: percepción de salud

Para conocer si existen diferencias de las dimensiones de SDRS y el patrón "percepción de salud" se realizaron dos pruebas *t*, una para la dimensión clínica y otra para la dimensión social.

En la tabla siguiente se detallan los estadísticos descriptivos de la variable

Patrón1:					
Percepción de salud					
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión clínica	Alterado	148	3,1959	1,78298	,14656
	Sin alteraciones	54	1,5926	1,56034	,21234
Dimensión social	Alterado	148	,9932	1,03343	,08495
	Sin alteraciones	54	,9630	1,11530	,15177

Tabla 198. Estadísticos descriptivos de patrón percepción salud en dimensión clínica y social (SDRS)

De las pruebas *t* se desprende que existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión clínica y el patrón "percepción de salud",

con una $p < 0.05$. Así, si el patrón se encuentra alterado, existirá un mayor riesgo social, en su dimensión clínica.

Sin embargo, no existe tal relación entre la dimensión social y este patrón ($p > 0.05$). Se detallan en la siguiente tabla todos los resultados

		Prueba T para la igualdad de medias						
Dimensión	varianzas iguales	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
Dimensión clínica	varianzas iguales	5,84	200	,00	1,60	,27	1,06	2,14
Dimensión social	varianzas iguales	,18	200	,85	,03	,16	-,30	,36

Tabla 199. Pruebas *t* de percepción de salud y dimensiones de SDRS

B. Patrón 2: Nutricional - metabólico

Al analizar la relación entre el patrón nutricional metabólico y las dimensiones clínica y social a través de las pruebas *t* no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la dimensión clínica y el patrón, con un $p > 0.05$.

Se encontró, sin embargo, entre la dimensión social y el patrón 2, significación estadística con una $p < 0.05$. Esta significación quiere decir que a un patrón nutricional-metabólico alterado, mayor puntuación en la dimensión social del riesgo clínico.

En la siguiente tabla se muestran los estadísticos descriptivos para el patrón 2.

Detección precoz de riesgo social en paciente hospitalizado: validación de cuestionario y relación con patrones funcionales y calidad de vida.

	Patrón 2: Nutricional- metabólico	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión clínica	Alterado	92	3,0326	1,83046	,19084
	Sin alteraciones	110	2,5455	1,87027	,17832
Dimensión social	Alterado	92	1,1522	1,09880	,11456
	Sin alteraciones	110	,8455	,99712	,09507

Tabla 200. Estadísticos descriptivos de patrón nutricional -metabólico y dimensiones de SDRS

En la siguiente tabla se detallan los resultados de las pruebas *t* patrón nutricional-metabólico y las dimensiones del SDRS.

	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia dmedias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Dimensión clínica	1,86	200	,06	,48	,26	-,02	1,00
Dimensión social	2,07	200	,03	,30	,14	,01	,59
	2,06	185,89	,04	,30	,14	,01	,60

Tablas 201. Coeficientes de pruebas *t* de patrón 2 y las dimensiones clínica y social (SDRS)

C. Patrón 3: Eliminación

En la tabla siguiente se muestran los estadísticos descriptivos del patrón eliminación en las dimensiones clínica y social de la SDRS.

	Patrón 3: Eliminación	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión clínica	Alterado	129	3,31	1,8	,15
	Sin alteraciones	73	1,80	1,54	,18
Dimensión social	Alterado	129	1,00	1,03	,09
	Sin alteraciones	73	,95	1,09	,12

Tabla 202. Estadísticos descriptivos Patrón eliminación en dimensiones clínica y social (SDRS)

Se realizaron dos pruebas *t* para analizar la relación entre las dimensiones clínica y social y el patrón eliminación y se estableció que existía una relación estadísticamente significativa entre la dimensión clínica y el patrón eliminación, con una $p < 0.05$. Este patrón (eliminación) alterado conlleva mayores puntuaciones de riesgo social en la dimensión clínica.

Por otro lado, no se demostró relación estadística entre la dimensión social y el patrón eliminación, con una $p > 0.05$, tal y como muestra la siguiente tabla:

Prueba T para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Dimensión clínica	5,95	200	,00	1,50	,25	1,00	1,99
Dimensión social	,26	200	,79	,04	,15	-,26	,34
		141,82	,79	,04	,15	-,27	,35

Tabla 203. Pruebas *t* de patrón eliminación con dimensión clínica y dimensión social (SDRS)

D. Patrón 4: Actividad - ejercicio

Los estadísticos descriptivos de las dimensiones clínica y social del SDRS en función del patrón 4: actividad-ejercicio se detallan en la tabla 204.

	Patrón 4: Actividad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión clínica	Alterado	133	3,24	1,82	,15
	Sin alteraciones	69	1,84	1,57	,18
Dimensión social	Alterado	133	,99	1,03	,08
	Sin alteraciones	69	,97	1,09	,13

Tabla 204. Estadísticos descriptivos de patrón actividad y dimensión clínica y social (SDRS)

Al realizar los análisis estadísticos, mediante una prueba *t* para cada dimensión, con el fin de conocer la relación entre las dimensiones de la SRDS y el patrón actividad, no se obtuvo relación significativa con la dimensión social, con una $p > 0.05$.

Por el contrario, se obtuvo significación estadística del patrón 4 con la dimensión clínica, con una $p < 0.05$, tal y como muestra la tabla 205. Por tanto, el patrón actividad-ejercicio alterado puntuará más en riesgo social, en su dimensión clínica,

Prueba T para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Dimensión	5,44	200	,00	1,40	,25	,89	1,91
clínica	5,69	156,24	,00	1,40	,24	,91	1,89
Dimensión	,13	200	,89	,02	,15	-,28	,33
social	,13	130,68	,89	,02	,15	-,29	,33

Tabla 205. Pruebas *t* para patrón actividad y dimensión clínica y social (SDRS)

E. Patrón 5: Sueño - descanso

Se realizaron dos pruebas *t* para establecer la relación entre el patrón descanso y las dimensiones de la SDRS. En la siguiente tabla se detallan los estadísticos descriptivos del patrón en las dos dimensiones.

Patrón 5: Descanso		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión	Alterado	114	2,86	1,86	,17
clínica	Sin alteraciones	88	2,63	1,86	,19
Dimensión	Alterado	114	1,00	1,00	,09
social	Sin alteraciones	88	,96	1,11	,19

Tabla 206. Estadísticos descriptivos patrón sueño-descanso en dimensión clínica y social (SDRS)

En la siguiente tabla se recogen los resultados de las pruebas *t*, en la que no se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre ninguna de las dimensiones (clínica y social) y el patrón descanso ($p > 0.05$ en ambos casos).

Prueba T para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Dimensión	,87	200	,38	,23	,26	-,28	,75
clínica	,87	187,28	,38	,23	,26	-,28	,75
Dimensión	,22	200	,82	,034	,14	-,26	,32
social	,22	176,37	,82	,034	,15	-,26	,33

Tabla 207. Pruebas *t* de patrón descanso-sueño y dimensiones de SDRS

F: Patrón 6: Cognitivo - perceptivo

Se realizaron los análisis estadísticos correspondientes para analizar la relación el patrón cognitivo-perceptivo y las diferentes dimensiones. Se calcularon los estadísticos descriptivos, mediante las prueba *t* (una para cada dimensión), que se describen en la tabla 208.

Patrón 6: Cognitivo- perceptivo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión	Alterado	103	3,33	1,87	,18
clínica	Sin alteraciones	99	2,18	1,66	,16
Dimensión	Alterado	103	1,11	1,13	,11
social	Sin alteraciones	99	,84	,95	,09

Tabla 208. Estadísticos descriptivos de patrón cognitivo-perceptivo en dimensión clínica y social (SDRS)

Los resultados de los análisis mostraron diferencias significativas entre la dimensión clínica y el patrón cognitivo-perceptivo, con una $p < 0.05$. Así, los

pacientes con el patrón cognitivo-perceptivo alterado tendrán un mayor riesgo social.

No se obtuvo relación, por el contrario, con la dimensión social. En la siguiente tabla se muestran los coeficientes de sendas pruebas *t*. En la siguiente tabla se muestran los resultados de las pruebas *t*.

Prueba T para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Dimensión clínica	4,59	200	,00	1,14	,25	,65	1,64
Dimensión social	1,81	200	,070	,26	,14	-,02	,55
	1,82	196,55	,07	,26	,14	-,02	,55

Tabla 209. Pruebas *t* para patrón cognitivo-perceptivo y dimensión clínica y social (SDRS)

G: Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto

Para valorar la relación entre el patrón autopercepción-autoconcepto y las dimensiones clínica y social, se realizó dos pruebas *t*. Se detallan a continuación los estadísticos descriptivos de las variables.

	Patrón 7: Autopercepción	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión clínica	Alterado	60	3,15	1,68	,21
	Sin alteraciones	142	2,6	1,91	,16
Dimensión social	Alterado	60	,96	1,11	,14
	Sin alteraciones	142	,99	1,02	,08

Tabla 210. Estadísticos descriptivos de patrón autopercepción-autoconcepto en dimensión clínica y social (SDRS)

Por un lado, los resultados demostraron que no existía diferencias significativas entre la dimensión social y el patrón 7, con una $p > 0.05$. Por el otro, tampoco se obtuvo significación estadística entre la dimensión social y el patrón autopercepción-autoconcepto, con $p > 0.05$.

En la siguiente tabla (tabla 211) se detallan los resultados de la prueba t .

Prueba T para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Dimensión clínica	1,91	200	,05	,54	,28	-,01	1,10
	2,01	125,39	,04	,54	,27	,00	1,07
Dimensión social	-,16	200	,87	-,0	,16	-,34	,29
	-,15	103,05	,87	-,02	,16	-,36	,30

Tabla 211. Pruebas t de patrón autopercepción-autoconcepto con dimensión clínica y social (SDRS)

H. Patrón 8: Rol - relaciones

Se analizó la relación entre las dimensiones clínicas y el patrón rol-relaciones, mediante una prueba t para cada dimensión. La tabla 212 muestra los estadísticos descriptivos para las variables.

	Patrón 8: Relaciones	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión clínica	Alterado	109	3,10	1,89	,18
	Sin alteraciones	93	2,37	1,75	,18
Dimensión social	Alterado	109	1,15	1,09	,10
	Sin alteraciones	93	,78	,96	,10

Tabla 212. Estadísticos descriptivos de patrón rol-relaciones según dimensiones de SDRS

Tras las pruebas t se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la dimensión social y el patrón rol-relaciones, con una $p < 0.05$.

Además, la relación entre la dimensión clínica y el patrón rol-relaciones, resultó también estadísticamente significativa, con una $p < 0.05$.

Estos resultados significan que si el patrón rol-relaciones está alterado, existe un mayor riesgo social, en ambas dimensiones.

Prueba T para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Dimensión	2,80	200	,006	,72	,25	,21	1,23
clínica	2,81	198,61	,005	,72	,25	,21	1,23
Dimensión	2,52	200	,012	,37	,14	,08	,66
social	2,55	199,82	,011	,37	,14	,08	,65

Tabla 213. Pruebas *t* de patrón rol-relaciones en dimensión clínica y social (SDRS)

I. Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

La tabla siguiente detalla los estadísticos descriptivos del patrón sexualidad-reproducción en relación con las dimensiones clínica y social de la SDRS.

	Patrón 9: Sexualidad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión clínica	Alterado	62	2,85	1,83	,23
	Sin alteraciones	139	2,74	1,87	,15
Dimensión social	Alterado	62	,74	,93	,11
	Sin alteraciones	139	1,07	1,07	,09

Tabla 214. Estadísticos descriptivos de patrón sexualidad-reproducción, según dimensiones de SDRS.

Las pruebas *t* para cada dimensión dieron como resultados una relación estadísticamente significativa entre la dimensión social y el patrón

sexualidad-reproducción, con una $p < 0.05$. Por tanto, existirá un mayor riesgo social, en la dimensión social, si el patrón sexualidad-reproducción se encuentra alterado.

Sin embargo, se obtuvo una $p > 0.05$ para la relación entre la dimensión clínica y el patrón. Por lo que no existe relaciones estadísticamente significativas.

Prueba T para la igualdad de medias

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Dimensión	,37	199	,70	,10	,28	-,45	,66
clínica	,37	119,39	,70	,10	,28	-,45	,66
Dimensión	-2,12	199	,03	-,33	,15	-,64	-,02
social	-2,24	133,22	,02	-,33	,15	-,63	-,03

Tabla 215. Pruebas *t* de patrón sexualidad-reproducción y dimensión clínica y social (SDRS)

J. Patrón 10: Tolerancia al estrés

Se realizaron dos pruebas *t* para analizar la relación entre las dimensiones clínica y social de la SDRS y el patrón tolerancia estrés. Los resultados descriptivos se muestran a continuación, en la tabla 216.

	Patrón 10: Estrés	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión clínica	Alterado	13	3,69	1,43	,398
	Sin alteraciones	186	2,65	1,85	,13
Dimensión social	Alterado	13	,92	,95	,26
	Sin alteraciones	186	,98	1,07	,07

Tabla 216. Estadísticos descriptivos de patrón tolerancia al estrés según dimensiones de SDRS

Los resultados demostraron, tal y como muestra la tabla 217, que no existe relaciones estadísticamente significativas entre la dimensión clínica y el patrón tolerancia al estrés, con una $p > 0.05$.

Tampoco la dimensión social y el patrón 10 (tolerancia al estrés) obtuvieron significación estadística, con una $p > 0.05$.

Prueba T para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Dimensión clínica	1,97	197	,05	1,03	,52	,00	2,07
	2,46	14,93	,02	1,03	,42	,13	1,93
Dimensión social	-,21	197	,82	-,066	,30	-,66	,53
	-,24	14,19	,81	-,066	,27	-,65	,52

Tabla 217. Pruebas *t* de patrón tolerancia al estrés y dimensiones de SDRS

K. Patrón 11 Valores - creencias

Los estadísticos descriptivos de las pruebas *t* entre el patrón valores-creencias y las dimensiones clínica y social de la SDRS se muestran en la tabla siguiente (tabla 218).

	Patrón 11: Valores- creencias	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Dimensión clínica	Alterado	29	3,68	1,49	,27
	Sin alteraciones	162	2,50	1,81	,14
Dimensión social	Alterado	29	1,37	1,23	,22
	Sin alteraciones	162	,92	1,03	,08

Tabla 218. Estadísticos descriptivos de patrón valores-creencias en dimensiones de SDRS

Se obtuvieron, tras las pruebas *t*, resultados estadísticamente significativos entre el patrón valores-creencias y las dimensiones clínica y la dimensión social, con una $p < 0.05$, en ambos casos, tal y como se puede observar en

la tabla 219 (resultados pruebas *t*). De esta forma, puntuarán con mayor riesgo social, en las dos dimensiones, los pacientes que sufran alteración en el patrón valor-creencias.

Prueba T para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Dimensión	3,32	189	,001	1,18	,35	,48	1,88
clínica	3,80	44,23	,000	1,18	,31	,55	1,81
Dimensión	2,10	189	,037	,45	,21	,02	,87
social	1,86	35,39	,071	,45	,24	-,04	,94

Tabla 219. Prueba *t* de Patrón valores-creencias y dimensiones de SDRS

5.3.4. Relación entre SDRS y la percepción de calidad de vida.

En este apartado se exponen los resultados del análisis de relación entre el riesgo social y la percepción de calidad de vida.

5.3.4.1. Relación con la calidad subjetiva (BACA y Ruiz)

Se realizaron correlaciones para determinar la relación con la percepción de calidad de vida de Baca y Ruiz. Los resultados descriptivos se detallan en la tabla 220.

	Media	Desviación típica	N
Dimensión clínica	2,76	1,86	202
Dimensión social	,98	1,05	202
Apoyo social	35,06	5,87	181
Satisfacción general	48,02	7,987	82
Bienestar físico / psicológico	22,29	5,876	185
Ausencia sobrecarga laboral / tiempo libre	19,81	5,070	183
BacaTotal	125,68	21,114	77

Tabla 220. Estadísticos descriptivos de cuestionario de BACA y dimensiones de SDRS

La relación con los resultados totales del cuestionario, demostraron que existe una significación estadística entre ambas dimensiones y la encuesta de BACA, con una <0.05 . Estos resultados demuestran que a peor percepción de calidad de vida, existe un mayor riesgo social.

		Resultado total
Dimensión clínica	Correlación de Pearson	-,529**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	77
Dimensión social	Correlación de Pearson	-,260*
	Sig. (bilateral)	,022
	N	77

Tabla 221. Coeficiente de correlación de Pearson de percepción de calidad y dimensiones de SDRS.

Similares resultados se obtuvieron en las pruebas no paramétricas, con la determinación del coeficiente de Spearman.

		Resultado total	
Rho de Spearman	Dimensión clínica	Coeficiente de correlación	-,560**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	77
Dimensión social		Coeficiente de correlación	-,264*
		Sig. (bilateral)	,021
		N	77

Tabla 222. Pruebas no paramétricas para escala de Baca y Ruiz y dimensiones de SDRS

A continuación se detallan los resultados de valorar la relación entre las dimensiones clínica y social y las dimensiones en las que se divide el cuestionario: apoyo social, satisfacción general, bienestar físico/psicológico y ausencia de sobrecarga.

A. Apoyo social

Al realizar la correlación entre "apoyo social" y las dimensiones clínica y social, se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas, con una $p < 0.05$. Esto significa que a menor apoyo social, mayor riesgo social, en sus dos dimensiones.

		Apoyo social
Dimensión clínica	Correlación de Pearson	-,424
	Sig. (bilateral)	,000
	N	181
Dimensión social	Correlación de Pearson	-,421
	Sig. (bilateral)	,000
	N	181

Tabla 223. Correlación de Pearson de apoyo social y dimensión clínica y social (SDRS)

De las pruebas no paramétricas se desprendieron los mismos resultados o extremadamente similares, tal y como muestra la tabla adjunta.

		Apoyo social
Rho de Spearman	Dimensión clínica	Coefficiente de correlación -,462
		Sig. (bilateral) ,000
		N 181
Dimensión social		Coefficiente de correlación -,363
		Sig. (bilateral) ,000
		N 181

Tabla 224. Coeficiente de Spearman para apoyo social y dimensión clínica y social (SDRS)

B. Satisfacción general

Al analizar la correlación entre las dimensiones de la SDRS y la satisfacción general se concluyó que existía una relación estadísticamente significativa entre la dimensión clínica y la satisfacción general, con una $p < 0.05$. Por tanto, a peor satisfacción general, mayor riesgo social.

Por el contrario, no se encontró significación entre la dimensión social y la satisfacción general.

		Satisfacción general
Dimensión clínica	Correlación de Pearson	-,445
	Sig. (bilateral)	,000
	N	82
Dimensión social	Correlación de Pearson	-,209
	Sig. (bilateral)	,059
	N	82

Tabla 225. Correlación de Pearson de Satisfacción general y dimensiones de SDRS

Las pruebas no paramétricas dieron los mismos resultados, tal y como se detalla en la tabla adjunta,

		Satisfacción general
Rho de Spearman	Dimensión clínica	Coeficiente de correlación -,430
		Sig. (bilateral) ,000
		N 82
Dimensión social		Coeficiente de correlación -,207
		Sig. (bilateral) ,062
		N 82

Tabla 226. Correlación de Spearman de satisfacción general y dimensiones de SDRS

C. Bienestar físico / psicológico

Al analizar el bienestar físico/psicológico y las dimensiones de la SDRS, se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la dimensión clínica y el bienestar físico/psicológico, con una $p < 0.05$. Así, a peores puntuaciones en bienestar físico/psicológico, se daría un mayor riesgo social.

Con una $p > 0.05$ no se estimó una relación estadísticamente significativa entre la dimensión social y la variable bienestar físico/psicológico, tal y como se puede observar en la tabla 227.

Bienestar físico / psicológico		
Dimensión clínica	Correlación de Pearson	-,414
	Sig. (bilateral)	,000
	N	185
Dimensión social	Correlación de Pearson	-,122
	Sig. (bilateral)	,099
	N	185

Tabla 227. Correlación de Pearson de bienestar físico/psicológico y dimensión clínica y social (SDRS)

Las pruebas no paramétricas mostraron los mismos resultados que la correlación de Pearson.

Bienestar físico / psicológico			
Rho de Spearman	Dimensión clínica	Coefficiente de correlación	-,415
		Sig. (bilateral)	,000
		N	185
Dimensión social		Coefficiente de correlación	-,110
		Sig. (bilateral)	,135
		N	185

Tabla 228. Correlación de Spearman de bienestar físico/psicológico y dimensión clínica y social (SDRS)

D. Ausencia de sobrecarga / tiempo libre

En cuanto a la "ausencia de sobrecarga", al realizar las correlaciones con las dimensiones clínica y social, se obtuvo una relación estadísticamente significativas entre ambas dimensiones y la variable a estudio, con una $p < 0.05$, tal y como se muestra en la tabla adjunta (tabla 229). Por tanto, a mayor ausencia de sobrecarga, existiría un menor riesgo social.

Ausencia de sobrecarga laboral / tiempo libre)		
Dimensión clínica	Correlación de Pearson	-,483
	Sig. (bilateral)	,000
	N	183
Dimensión social	Correlación de Pearson	-,245
	Sig. (bilateral)	,001
	N	183

Tabla 229. Correlación de Pearson de ausencia de sobrecarga y dimensiones de SRDS

Las pruebas no paramétricas, a través del coeficiente de Spearman, mostraron los mismos resultados que las pruebas paramétricas, tal y como muestra la tabla adjunta.

Ausencia de sobrecarga laboral / tiempo libre			
Rho de Spearman	Dimensión clínica	Coeficiente de correlación	-,512
		Sig. (bilateral)	,000
		N	183
Spearman	Dimensión social	Coeficiente de correlación	-,203
		Sig. (bilateral)	,006
		N	183

Tabla 230. Correlación de Spearman de ausencia de sobrecarga y dimensiones de SRDS .

5.3.4.2. Relación con las componentes de la escala de salud (SF-36)

Se analizó la relación entre las componentes de la escala de salud SF-36 y las dimensiones de la SDRS. En los siguientes apartados se detallan los resultados de estos análisis.

A. Componente de salud física

Al correlacionar el componente de salud física y las dimensiones clínica y social de la SDRS se obtuvieron los siguientes resultados (ver tabla 231).

Existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión clínica y la "salud física", con una $p < 0.05$. Así, a menor puntuación del componente de salud física, existe un mayor riesgo social, en su dimensión clínica.

Sin embargo, no se observó relación entre la dimensión social y el componente de salud física.

		Salud física
Dimensión clínica	Correlación de Pearson	-,555
	Sig. (bilateral)	,000
	N	63
Dimensión social	Correlación de Pearson	,190
	Sig. (bilateral)	,137
	N	63

Tabla 231. Correlación de Pearson de componente de salud física y dimensiones de SDRS .

En cuanto a las pruebas no paramétricas, se obtuvieron los mismos resultados, como se muestra en la tabla siguiente.

			Salud física
Rho de Spearman	Dimensión clínica	Coeficiente de correlación	-,586
		Sig. (bilateral)	,000
		N	63
	Dimensión social	Coeficiente de correlación	,174
		Sig. (bilateral)	,172
		N	63

Tabla 232. Correlación de Spearman de componente de salud física y dimensiones de SDRS

A.1 Correlaciones entre los componentes de salud física

Al realizar las correlaciones entre los componentes de salud física y las dimensiones clínica y social de la SDRS se obtuvo los siguiente resultados:

Para la dimensión clínica, se mostró relación estadísticamente significativa entre esta dimensión y función física y salud general ($p < 0.05$). De esta forma, peores puntuaciones en la función física y salud general tendrían un mayor riesgo social, en la dimensión clínica.

Por otro lado, en la dimensión social se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre esta dimensión y el rol físico ($p > 0.05$). Así, los pacientes con menores puntuaciones en el desempeño del rol físico tendrían mayor riesgo social, en su dimensión social.

Se detallan todas las relaciones entre las dimensiones de la SDRS y los cuatro componentes de la escala SF-36 en la tabla adjunta (233).

		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general
Dimensión clínica	Correlación de Pearson	-,631**	-,207	-,117	-,543**
	Sig. (bilateral)	,000	,103	,360	,000
	N	63	63	63	63
Dimensión social	Correlación de Pearson	,039	,256*	,243	-,170
	Sig. (bilateral)	,760	,043	,055	,184
	N	63	63	63	63

Tabla 233. Correlación de Pearson de salud física y dimensión clínica y social de SDRS

Las pruebas no paramétricas dieron los mismos resultados. La tabla 234 muestra los coeficientes de correlación, a través de la Rho de Spearman.

		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	
Rho de Spearman	Dimensión clínica	Coeficiente de correlación	-,699**	-,208	-,124	-,569**
		Sig. (bilateral)	,000	,101	,332	,000
		N	63	63	63	63
Rho de Spearman	Dimensión social	Coeficiente de correlación	-,032	,242	,218	-,164
		Sig. (bilateral)	,802	,056	,086	,200
		N	63	63	63	63

Tabla 234. Correlación de de Spearman de salud física y dimensión clínica y social (SDRS)

B. Componente de Salud mental

Al analizar el componente de Salud mental y las dimensiones de la SDRS se determinó que existía relaciones estadísticamente significativas entre la dimensión clínica y "salud mental", con una $p < 0.05$. Esta relación significativa se traduce en un mayor riesgo social, a través de la dimensión clínica, en los pacientes que posean una peor salud mental

Por el contrario, no existe correlación entre la dimensión social y la "salud mental", con una $p > 0.05$, tal y como se muestra en la tabla 235.

		Salud mental
Dimensión clínica	Correlación de Pearson	-,460**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	63
Dimensión social	Correlación de Pearson	,133
	Sig. (bilateral)	,299
	N	63

Tabla 235. Correlación de Pearson de salud mental y dimensión clínica y social (SDRS)

En cuanto a las pruebas no paramétricas, se obtuvieron los mismos resultados que con Pearson. La tabla 236 muestra los coeficientes de correlación de Spearman.

		Salud mental	
Rho de Spearman	Dimensión clínica	Coeficiente de correlación	-,462**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	63
	Dimensión social	Coeficiente de correlación	,149
		Sig. (bilateral)	,244
		N	63

Tabla 236. Correlación de Spearman de salud mental y dimensión clínica y social (SDRS)

B.1 Correlaciones con los componentes de la Salud Mental

Al correlacionar los componentes de la salud mental con las dimensiones de la SDRS se obtuvieron las siguientes relaciones estadísticamente significativas:

- Se obtuvo una $p < 0.05$ entre la dimensión clínica y los componentes de vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Así a

mejores resultados en vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, menor riesgo social.

- Se obtuvo también una $p < 0.05$ entre la dimensión social y la función social, de forma que a mayores puntuaciones en la dimensión social, menor riesgo social. Por el contrario, se obtuvo una $p > 0.05$ (sin significación estadística) para vitalidad, rol emocional y salud mental.

La tabla 237 muestra los datos de la correlación entre las dos dimensiones de la SDRS y los componentes de "Salud mental".

		Vitalidad	Función social	Rol emocional	salud mental
Dimensión clínica	Correlación de Pearson	-,300*	-,409**	-,347**	-,412**
	Sig. (bilateral)	,017	,001	,005	,001
	N	63	63	63	63
Dimensión social	Correlación de Pearson	,151	,324**	,012	-,068
	Sig. (bilateral)	,238	,009	,928	,594
	N	63	63	63	63

Tabla 237. Correlación de Pearson componentes de salud mental y dimensiones de SDRS

Las pruebas no paramétricas dieron los mismos resultados que las paramétricas, tal y como se muestra en la tabla siguiente.

		Vitalidad	Función social	Rol emocional	salud mental	
Rho de Spearman	Dimensión clínica	Coefficiente de correlación	-,295*	-,404**	-,300*	-,373**
		Sig. (bilateral)	,019	,001	,017	,003
		N	63	63	63	63
Rho de Spearman	Dimensión social	Coefficiente de correlación	,144	,326**	-,019	-,093
		Sig. (bilateral)	,261	,009	,880	,471
		N	63	63	63	63

Tabla 238. Correlación de Spearman de componentes de salud mental y dimensión social (SDRS)

6. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

6. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

La presencia de riesgo social es un problema creciente, debido al envejecimiento de la población, y a la asociación de una serie de factores, como son: la existencia de enfermedades (crónicas o agudas), muchas de ellas invalidantes; la disminución de la capacidad funcional; el nivel socioeconómico, con deficiencias a nivel de ingresos económicos y la falta de apoyo familiar, en muchos casos insuficiente. Además, toda esta problemática, influye de forma determinante en la percepción que los pacientes mayores poseen de su calidad de vida.

En el ámbito sanitario es necesario un cambio de enfoque. Corresponde a la enfermera la responsabilidad de liderar la puesta en marcha de una valoración de las personas, de forma que se contemplen todas las dimensiones: física, psicológica, mental y social. El modo no es otro que a través de la valoración de enfermería.

Debido a todo lo anterior, el objetivo general que se planteó fue detectar, de forma precoz, el riesgo social de los pacientes mayores de 65 años hospitalizados, y la relación con su percepción de calidad de vida. Se han presentado los resultados más significativos relacionados con las variables sociodemográficas de las personas estudiadas, así como la validación de la escala utilizada de detección de riesgo social (SDRS), y la relación del riesgo social con estas variables sociodemográficas, percepción de salud, calidad de vida y su relación con los patrones funcionales alterados (valoración de enfermería).

Cabe destacar que para la realización del estudio, y con el fin de poder realizar una detección precoz, se desarrolló y validó una escala, el Screening de Detección de Riesgo Social (SDRS), que ha sido de gran utilidad. La agrupación de las 12 variables en dos grandes dimensiones: una clínica y otra social, nos posibilita, no solo establecer si hay riesgo

social, sino, también la posibilidad de discriminar de forma más precisa cuál si hay relación entre las diferentes variables estudiadas. La dimensión clínica aporta conocimientos acerca del estado de salud, nivel de dependencia, existencia de deterioro cognitivo, y si existe sobrecarga en el cuidador. En los resultados del estudio, se ha podido comprobar que casi todas las variables de estudio, en los pacientes hospitalizados, tienen una mayor relación con la dimensión clínica que con la dimensión social. La dimensión social incluye variables relacionadas con los ingresos económicos, barreras arquitectónicas y presencia de cuidador, entre otras.

Por todo ello, la información que aporta la escala SDRS, agrupadas en dos dimensiones independientes, representa un aspecto de gran interés, ya que no solo permite realizar una detección de riesgo social más integradora, sino que puede posibilitar programas de prevención más ajustados a las necesidades individuales del paciente.

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos referentes a los objetivos planteados en el estudio.

Los resultados del estudio muestran relación entre la percepción de calidad de vida, a través de la escala de Baca y Ruiz y la escala de salud SF-36, de forma que la existencia de riesgo social está relacionada con una peor percepción de la calidad de vida. El resultado es similar al que hacen algunos autores, que relacionan también esta calidad de vida con la existencia de factores de riesgo, como relaciones familiares, contactos sociales, salud general, enfermedad, nivel funcional, vivienda y disponibilidad económica [2, 73, 92,95,132], así como con percepción de salud, percepción de calidad de vida, percepción de control, percepción de la enfermedad, bienestar psicológico, creencias y expectativas [22, 83, 133].

Por otro lado, al igual que otros autores [33], que en su estudio relacionaba las estancias hospitalarias y percepción de salud con una serie de factores como problemas sociales y dependencia funcional, los resultados del estudio ofrecen relaciones entre el riesgo social y la percepción de salud, así como con una frecuentación de urgencias elevada.

Los resultados del estudio muestran que los hombres tienen menos riesgo social que las mujeres, al igual que otros autores, en el que los patrones encontrados son similares y que además, relacionan género con discapacidad [47,48].

Cabe destacar que diversas investigaciones han encontrado relación entre la edad y la percepción de calidad y riesgo social [95]. Además, han relacionado la falta de apoyo en la vida cotidiana con peor percepción de calidad de vida, y, por tanto, con un aumento del riesgo social [96]. Los resultados del estudio, al igual que estas investigaciones, muestran también que existe un mayor riesgo social conforme las personas envejecen.

Otros autores expusieron las Influencias del nivel socioeconómico sobre la situación social, a través de un mayor nivel cultural [82]. Los resultados de la investigación, relacionados con el riesgo social, sin embargo, no mostraron relación con el nivel de estudios, aunque sí con el número de ingresos del paciente. Tampoco influye, según los resultados del estudio, el nivel de ingresos de la Unidad familiar.

Finalmente, la valoración de enfermería, a través de los patrones funcionales de Gordon, en este caso, es un instrumento que sirve para evaluar los problemas o diagnósticos de enfermería, esto es, para obtener información acerca de la respuesta del cliente a una situación de enfermedad, o cualquier circunstancia que le afecte. Se pretende que este

instrumento pueda ser un predictor de riesgo social. Los resultados demuestran que, la existencia de riesgo social se relaciona con la alteración de la mayor parte de los patrones alterados (todos salvo el patrón descanso-sueño, el patrón autopercepción-concepto y tolerancia al estrés).

Si distinguimos entre la dimensión clínica y la dimensión social de la SDRS, los patrones percepción de salud (patrón 1), eliminación (patrón 3), actividad-ejercicio (patrón 4) , perceptivo-cognitivo (patrón 6), sexual-reproductivo (patrón 9) alterados se relacionan con mayores puntuaciones en la dimensión clínica. En general se justifica esta relación con la vertiente clínica de los patrones 1, 3, 4, 6 y 9.

Por otro lado, los patrones nutricional-metabólico (patrón 2) sólo se relacionó con mayores puntuaciones en la dimensión social. Sin embargo, se esperaba, que tuviera relación con la dimensión clínica, debido al carácter de este patrón.

Sólo el patrón rol-relaciones (patrón 8) y valores y creencias (patrón 11), si está alterado se relaciona con mayores puntuaciones de riesgo en ambas dimensiones. Es posible que también que la relación de estos patrones con ambas dimensiones tenga que ver con la influencia que tienen las relaciones y las creencias de cada sujeto en su situación social, en ambos sentidos.

6.1 Limitaciones del estudio

A pesar de que muchos de los resultados obtenidos van en la línea de las investigaciones sobre riesgo social y calidad de vida, se deben continuar este tipo de estudios en el ámbito hospitalario para poder desarrollar programas de prevención que ayuden a las personas mayores con enfermedades, especialmente en aquellas con enfermedades crónicas donde se ha visto que hay mayor vulnerabilidad. Además, estos estudios pueden dar las claves para desarrollar estrategias que eviten nuevos ingresos hospitalarios, así como otros problemas de salud y de tipo social.

Además, sería conveniente no sólo validar el cuestionario SDRS a nivel hospitalario, sino también, para una mayor utilidad, a nivel comunitario, y relacionarlo con otras variables de interés, como pueden ser los recursos sanitarios y sociales utilizados, y su relación con el riesgo social. Además, se podría ampliar la validación a un rango edades más amplio.

Por otro lado, sería deseable que en el futuro se realizaran muestreos representativos de entre el total de la población para afianzar estos resultados preliminares

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que el riesgo social se ha medido con la SDRS y que ésta se compone de dos dimensiones, se explicará la relación con cada una de las dimensiones: Clínica y social:

- Las personas mayores de 65 años con mayor riesgo social, en las dos dimensiones tienen una peor percepción de calidad de vida
- Las personas mayores de 65 años con una peor salud percibida sufren un mayor riesgo social, en su dimensión clínica.
- No se encontró relación entre el diagnóstico de ingreso y el riesgo social.
- A mayor frecuentación del servicio de urgencias mayor riesgo social en su dimensión clínica.
- Existe relación los hospitalizados en la unidad de crónicos y la dimensión clínica del cuestionario, No existen, sin embargo con la hospitalización de especialidades médicas ni con las quirúrgicas.
- Las mujeres presentan mayor riesgo social, en sus dos dimensiones, la dimensión clínica y la dimensión social.
- Las personas con menores ingresos económicos tienen mayor riesgo social, en ambas dimensiones. Sin embargo, los ingresos de la unidad familiar sólo tienen relación con la dimensión clínica, de forma que a menos ingresos mayor riesgo social.
- El riesgo social aumenta con la edad en la población mayor de 65 años tienen mayor riesgo social, en su dimensión clínica, es decir, que a mayor edad, mayor riesgo.

- El nivel de estudios de las personas mayores de 65 años no influyen en el riesgo social, en ninguna de las dos dimensiones.
- Las personas que se encuentran solas tienen un mayor riesgo social, en ambas dimensiones del cuestionario.
- La alteración de los patrones funcionales está relacionado con mayor riesgo social.
- El Patrón 1: Percepción – manejo de salud alterado está relacionado con la dimensión clínica del riesgo social
- El Patrón 2: Nutricional – metabólico alterado está relacionado con la dimensión social de la escala SDRS.
- El Patrón 3: Eliminación posee relación con la dimensión clínica de la escala SDRS, de forma que su alteración puede ser predictivo de riesgo social.
- El Patrón 4: Actividad – ejercicio posee relación con la dimensión clínica del cuestionario de riesgo social.
- No existe relación entre el riesgo social, en ninguna de las dos dimensiones y Patrón 5: Sueño – descanso.
- EL riesgo social, en su dimensión clínica y el patrón 6: Cognitivo – perceptivo están relacionados.
- No existe relación entre Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto y el riesgo social.
- Las dimensiones sociales y clínicas que valoran riesgo social tienen

relación con el Patrón 8: Rol – relaciones, de forma que si este patrón se encuentra alterado, puede existir riesgo social.

- El Patrón 9: Sexualidad y reproducción está relacionado con la dimensión social del cuestionario SDRS.
- El riesgo social, en su dimensión clínica, está relacionado con el Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés.
- El Patrón 11: Valores – creencias está relacionado con las dimensiones clínica y social de la escala de riesgo social.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] IMSERSO. Informe 2012. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas

[2]. IMSERSO. Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. 2011. Disponible en: www.imserso.es. Última lectura en: 31/07/2012.

[3]. Observatorio de la sostenibilidad en España (OSE). Informe de sostenibilidad en España 2011. Madrid. 2011.

[4]. INE (Instituto Nacional de Estadística). Datos poblacionales y sociodemográficos del año 2014. Disponible en: www.ine.es Última lectura: 31/07/2014.

[5]. INE (Instituto Nacional de Estadística). Datos poblacionales y sociodemográficos del año 2004. Disponible en: www.ine.es Última lectura: 31/07/2014.

[6]. IVE (Instituto Valenciano de Estadística). Datos poblacionales y sociodemográficos del año 2004, provincia de Valencia. Disponible en: www.ive.es. Última lectura: 31/7/2015.

[7]. IVE (Instituto Valenciano de Estadística). Datos poblacionales y sociodemográficos del año 2014, provincia de Valencia. Disponible en: www.ive.es. Última lectura: 31/7/2015.

[8]. IVE (Instituto Valenciano de Estadística). Indicadores demográficos básicos, provincia de Valencia. Disponible en: www.ive.es. Última lectura: 31/7/2015.

[9]. IVE (Instituto Valenciano de municipios del Departamento de Manises. Estadística). Datos poblacionales y sociodemográficos del año 2004, provincia de Valencia. Disponible en: www.ive.es. Última lectura: 31/7/2015.

[10]. IVE (Instituto Valenciano de Estadística). Datos poblacionales y sociodemográficos del año 2014, municipios del Departamento de Manises. Disponible en: www.ive.es. Última lectura: 31/7/2015.

[11]. IVE (Instituto Valenciano de Estadística). Indicadores demográficos básicos, municipios del Departamento de Manises. Disponible en: www.ive.es. Última lectura: 31/7/2015.

[12] Ribera, J.M; et al. Factores de riesgo en patología geriátrica. Madrid: editores médicos, 1996.

[13] Defensor del pueblo. Informes, estudios y documentos. La atención sociosanitaria en España. Publicaciones. Madrid, 2000.

[14] Chong, A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2012; 28(2): 79-86.

[15] MINSAP. UATS: Comportamiento esperado de eventos de salud seleccionados para el año 2005. La Habana; 2004: 60-66.

[16] Fernández, N.; et al.. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. Rev. Cubana Med Gen Integral. 2000; 16(1):6 -12.

[17] CEE, INSIE y CEDEM. “La esperanza de vida de Cuba y provincias”. Periodo 1996-2000. La Habana.Editorial Científico-Técnica; 2000.p.32-7.

[18] González, R.L.: Fleitas, I., Rodríguez, M.M., Rodríguez, E.; Sánchez R. Evaluación médico social de los ancianos de dos consultorios pertenecientes al policlínico “California”. Rev. Cubana Med Gen Integral. 1998; 14(3): 221-4.

[19] Toledo Gabriel J. et al. Enfermedades no transmisibles y otros daños. Ciencias Médicas. 1999. Vol 4.

[20] Hernández, G, et al. Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio del cerro. Geroinfo. 2009.. Vol. 4 No. 2.

[21] Joshua, R., et al. Older Couples With and Without Cardiovascular Disease: Testing Associations Between and Among Affective Communication, Marital Satisfaction, Physical and Mental Health. *Families, Systems, & Health*. 2014. Vol. 32, No. 2, 186–197.

[22] Pinquart, M.; Sörensen, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003. Jun;18(2):250-67.

[23] Rodríguez, M. Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. *Rev. Cubana Enfermer*. 2006, 22(1)

[24] Arias, L.; Herrera, J.A. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colomb Med* 1994. 25: 26-28.

[25] Meaghan, A. Chronic Illness and Loneliness in older adulthood: the role of self-protective control Strategies. *Health Psychology*. 2015. Vol. 34, Nº 8, 870-879.

[26] De Garminde, I. Formulación de políticas sociosanitarias: dificultades y perspectivas. En: Servicio de docencia, investigación y desarrollo sanitarios. Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 20, nº 4. Barcelona, julio-agosto, 2006.

[27] Toronjo, A.; Rodríguez, C.; García, M.V. *Enfermería del Anciano*. 2009. Difusión Avances de enfermería, Madrid.

[28] Gornemann, I.; Zunzunegui, M.V. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2002.16:156-9 - Vol. 16 Núm.2.

[29] Hidalgo, A. Estudio de las pautas previsibles de utilización futura de servicios sanitarios por mayores, frente a la viabilidad financiera del sistema de salud. Fundación Pfizer. 2011. Madrid

[30] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid, 2012.

[31] Vidan et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(3):133-8.

[32] Admi, H. et al. From Research to Reality: Minimizing the Effects of Hospitalization on Older Adults. Rambam Maimonides Medical Journal. April 2015. Volume 6, issue 2.

[33] Lorén, L; Gascón, A. Variables biopsicosociales relacionadas con la duración de la estancia hospitalaria en personas mayores Rev. Latino-Americana. Enfermagem. Nov.-dic. 2011;19(6).

[34] Trueba, J.; et al. Geriatría en atención primaria. Grupo aula médica. Madrid: 2008.

[35] Guillen, F.; Ribera, J.M. Geriatría XXI: Análisis de necesidades y recursos en atención a las Personas mayores en España, Sociedad Española de geriatría y Gerontología. Madrid, EDIMSA 2000.

[36] Leturia, F.J; et al. Escala de Recursos Sociales (OARS). Duke University Center (1978). En: La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Manual práctico. Barcelona: Caritas Española; 2001. p. 313-5.

[37] Díaz Palacios ME, Domínguez Puente O, Toyos García G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio familiar en atención primaria. Trab Soc Salud 1993;16:137-56.

[38] Marqués, F. Promoción y educación para la salud: ¿será la solución?. Aten Primaria 2009; 41(7): 355-357.

[39] Kalache, A.; Kickbush, I. A global strategy for health ageing. Geneva: World Health Organization; 1997.

[40] Niño, V. Cuidados enfermeros al paciente crónico. Difusión Avances de Enfermería. 2011. Madrid.

[41] Pérez, M.; Yaguas, J.J. Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones. *Anales de Psicología* 1998, vol. 14, nº 1, 95-104.

[42] Wolinsky, F.D.; Stump, T.E; Johnson, R.J. Hospital Utilization Profiles among Older Adults Over Time: Consistency and Volume among Survivors and Decedents. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1995; 50B (2): S88-S100.

[43] Andrés-Pizarro, J. Desigualdades en los servicios de protección de la dependencia para personas mayores. *Gaceta Sanitaria* 2004 , vol. 18 supl.1.

[44] Azpiazu, M; et al. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 683-699.

[45] INE. Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS). 1999.

[46] INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008

[47] Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011-2012.

[48] Gonzalo, E.; Pasarín M. I. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit.* V.18, supl.1 Barcelona, mayo 2004.

[49] Yaguas, J.J.; Leturia, F.J. Apoyo informal y cuidado de las personas mayores. *Papeles del psicólogo* 2000 (76), 23-32.

[50] United Nations. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision. (acceso 5-12-2014). Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wup/>.

[51] INE. Censo de población y viviendas de 2011. Boletín informativo del INE. 2013.

[52] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia. 2004. (acceso 30-11-2014). Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>.

[53] Fong, J.A.; et al. Evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el Servicio de Geriátrica. Medisan, 2013; 17 (7): 1047.

[54] Collière, M.F. Promover la vida. McGraw-Hill Interamericana. Madrid;1993.

[55] Bazo, M.T. Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. Papers 56, 1998. 143-161.

[56] Algado, M.T.; Basterra, A.; Garrigós, J.I. Familia y enfermedad de alzheimer. Una perspectiva cualitativa. Anales de psicología, 1997. Vo. 13, nº 1, 19-29.

[57] Bell, C.M.; Araki, S.S.; Neumann, P.J. The association between caregiver burden and caregiver health-related quality of life in Alzheimer disease. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2001; 15:129-136.

[58] Losada-Baltar, A.; et al. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. REV NEUROL. 2004; 38 (8): 701-708.

[59] Durán, M.A. El cuidado de la salud. En: Durán, M.A., editor. De puertas a dentro. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 1988; p. 83-102.

[60] Badía, X.; Lara, N; Roset, M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Aten Primaria 2004;34(4):170-7.

[61] Mateo, I. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atención Primaria*. Vol. 26. Núm. 3. Julio-agosto 2000.

[62] Rosland, A.M.; Heisler, M. Apoyo Actual y Potencial para la Gestión de Enfermedades Crónicas en Estados Unidos: La Perspectiva de Familia y Amigos de Los adultos con enfermedades crónicas. *Families, Systems, & Health*. American Psychological Association 2013, Vol. 31, No. 2, 119–13.

[63] Sirgy, M. J. *Handbook of Quality of Life Research. An Ethical Marketing Perspective*. 2001. Dordrecht, Kluwer.

[64] Veenhoven, R. (1996): Happy life expectancy: a comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social Indicators Research*, nº 1, pp. 1-58.

[65] Urzúa, A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *terapia psicológica*. 2012. Vol. 30, Nº 1, 61-71.

[66] Bognar, G. The concept of quality of life. *Social and Practice*. 2005: 31, 561-580.

[67] Instituto Nacional de Estadística. Organización para la cooperación y desarrollo económicos: Programa de la OCDE de elaboración de los indicadores sociales. Medida del Bienestar Social. Progresos realizados en la elaboración de los indicadores sociales. Madrid, 1981.

[68] Noll, H. Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture. 2002. En: Hagerty, M. R.; Vogel, J.; Møller, V. *Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy*. Dordrecht, Kluwer. 2002.

[69] Palmore, E.; Luikart, C. Health and social factors related to life satisfaction. *J. Health Soc. Behav.* Mar. 1972; 13 (1): 68-80.

[70] Larson, R. Thirty years of research on the subjective well-being of older americans. *J, Geronto.* Jan; 33 (1): 109-125.

[71] The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403 – 1409. 1995.

[72] Smith, K; Avis, N.; Assman, S. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research*. 1999; 8, 447 – 459.

[73] Fernandez Ballesteros 1997 Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*. nº 73,89-104.

[74] Cummins, R. A. Assessing quality of life. En: Brown, R. *Quality of life for people with disabilities*. Chentelham: Stanley Thornes. 1997.

[75] Hernandez, M.M. Calidad de vida en enfermos crónicos [Tesis doctoral]. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de la Laguna; 2001.

[76] Granzin, K.L.; Haggerd, L.M. An Integrative Explanation for Quality of Life: Development and Test of a Structural Model. En: Diener, E.; Rahtz, D. R. *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Dordrecht, Kluwer. 2000

[77] Friedman, M. I. *Improving the Quality of Life. A Holistic Scientific Strategy*. Westport, Praeger. 1997.

[78] Fayers, P. M.; Machin, D. *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester, John Wiley & Sons. 2000.

[79] Schwartzmann, I. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería IX (2)*: 9-21. 2003.

[80] Américo, M. La Calidad de Vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de Psicología Social*, nº 1, pp. 101-110. 1993.

[81] Campbell, A.; Converse, P.E.; Rodgers, W.L. *The quality of american life: perception, evaluation and satisfaction*. Russell-Sage, Nueva York. 1976

[82] Fernández-Ballesteros, R. Calidad de Vida, ¿es un concepto psicológico?. Revista Española de Geriátría y Gerontología, Supl. 3, pp. 18-22. 2004.

[83] Vivaldi, F.; Barra, E. Bienestar. Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia psicológica . 2012. Vol. 30, Nº 2, 23-29.

[84] Pinguart, M.; Sorensen, S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. Journal of Gerontology, 56, 195-214. 2001

[85] Díaz, D.; et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. Psicothema. 2006; 18, 572-577.

[86] Ryff, C.; Singer, B. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. Journal of Happiness Studies. 2008, 9, 13-39.

[87] Diener, E.; et al. Subjective well-being: three decades of progress. Psychol Bull. 1999; 125, pp. 276-302.

[88] Hicks, J.; Epperly, L.; Barnes, K. Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. Sex Roles. 2001; 45, 15-30.

[89] Fredrickson, B. Positive emotions. En: Synder, C.R.; Lopez, S.J. Oxford handbook of positive psychology, Oxford University Press. New York, 2005.

[90] Love, A.; Goldman, N.; Rodríguez, G. Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? Journal of Gerontology. 2008; 63, 321-327.

[91] Mella, R; et al. Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. Psykhe. 2004, 13, 79-89.

[92] Wikman, A.; Wardle, J.; Steptoe, A. Quality of Life and Affective Well-Being in Middle-Aged and Older People with Chronic Medical Illnesses: A Cross-Sectional Population Based Study. 2011. PLoS ONE 6(4): e18952. doi:10.1371/journal.pone.0018952.

[93] Collins, A. L., Goldman, N., & Rodriguez, G. Is positive wellbeing protective of mobility limitations among older adults? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2008; 63B, 321–327.

[94] Chida, Y. C.; Steptoe, A. Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*. 2008; 70, 741–756.

[95] Yaguas, J.J Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Premio IMSERSO Infanta Cristina. Colección estudio serie personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.

[96] Urzúa, A.; et al.. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Rev Med Chile*. 2011; 139: 1006-1014.

[97] WHO. Organization, constitution of the World Health Organization, Annex 1. En 10 years of WHO. 1958. Geneva: WHO.

[98] Hörnquist; J. O. Quality of life: concepts and assessment. *Scand J. Soc. Med*. 1989; 18, pp. 68-79.

[99] Naughton, M.J.; et al. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Spilker, B. Cap. 15 , 117- 131, New York. 1996.

[100] Centers for disease control and prevention. *Measuring Healthy Days*. Atlanta, CDC. 2000.

[101] Urzua, A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*. 2010; 138: 358-365.

[102] Schwartzmann, L.; et al. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en Hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista Médica del Uruguay*. 1999. Vol.15, Nº2. Agosto: 103-109.

[103] Leal, C.; Benages, A. Mujer y psicopatología: discurso de recepción y de contestación. Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana. Valencia, 2009.

[104] Kawachi, I; et al. Social capital, income inequality, and mortality. American Journal of Public Health 1997. 87, 1491–1498.

[105] Pinquart, M.; Sorensen, S. Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. Psychology and Aging. 2000. Vol. 15, No. 2. 187-224.

[106] Marín, M.; García, A. J. Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. Mapfre Medicina. 2004; 15: 177-185.

[107] Allerhand, M.; Gale, C.R. The Dynamic Relationship Between Cognitive Function and Positive Well-Being in Older People: A Prospective Study Using the English Longitudinal Study of Aging. Psychology and Aging. 2014. Vol. 29, No. 2, 306–318.

[108] Ors, A; Laguna,A. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. Cultura de los Cuidados. 1997. 2º Semestre. Año I - Nº 2 . 60-63.

[109] Baltes, P. B. The many faces of human ageing: toward a psychological culture of old age. Psychological Medicine.1991; 21, pp. 837-854.

[110] Reig, A.; La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35(52); 5-16.

[111] Ministerio de sanidad y consumo. Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida. Informes, estudios e investigación 2008. Ministerio de sanidad y consumo.

[112] Tuesca, R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Revista Científica Salud Uninorte. 200. Vol 21.

[113] Benavent, M.A.; Ferrer, E.; Francisco. C. Fundamentos de enfermería. Difusión de avances de enfermería. 2009.

[114] Marriner, A; Raile, M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Harcourt Brace, 1999.

[115] Alligood, M.R.; Tomey, A.M. Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. Elsevier. 2011.

[116] Alfaro, R. Aplicación del proceso enfermero. Barcelona: 1999.

[117] Carlson, J.H.; et al.. Diagnóstico de enfermería. Madrid: 1987.

[118] Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Madrid: Elsevier España.

[119] Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. Mosby/Doyma. Madrid 2003.

[120] Hospital de Manises (internet). Consultado el 30 de junio del 2015. Disponible en: www.hospitalmanises.es

[121] García-González, J.V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999; 23: 434-40.

[122] Ruiz, M.A; Baca, E. Design and validation of "Quality of life Questionnaire: A generic health-related quality of life instrument. European Journal of Psychological Assessment. 1993; 9(1):19-32.

[123] Ware, J.E.; Sherbourne, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30:473-83.

[124] Vilaguta, G; et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos Gac Sanit. 2005; 19(2):135-50.

[125] Alonso, J.; Prieto, Y.; Anto, J.M. 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; 104:771-6.

[126] Acebal,V; et al. Evaluación de la fiabilidad de una escala de valoración social en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1997; 32(SI):32.

[127] Vicente, I.; et al. Utilidad de una escala de valoración social como factor predictivo de institucionalización en pacientes ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1996;31:291-6.

[128] Sabartés, O.; et al. Factores predictivos de retorno al domicilio en ancianos frágiles ingresados en una unidad de convalecencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1997;32(SI):45-6.

[129] Cabrera, A.; et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención primaria*. 1999. Vol. 23. Núm. 7.

[130] Raykov, T. Estimation of maximal reliability: A note on a covariance structure modelling approach. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 2004; 57: 21–27.

[131] Landis, J.R.; Koch, G.C. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977. Vol 33:159-174.

[132] Corrales, E.; Tardón, A.; Cueto, A. Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*.2000. Vol. 12, nº 2, pp. 171-175.

[133] Vera-Villarroel, P; et al. Dinero, edad y felicidad: Asociación del bienestar subjetivo y variables sociodemográficas. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2012. Volumen 44 No 2 pp. 155-163.

9. GLOSARIO DE TÉRMINOS

GLOSARIO

Agitación: Inquietud excesiva, aumento de actividad mental y motora.

Calidad de vida: valor, significado o satisfacción que se obtienen de la vida.

Calidad de vida relacionada con la salud: impresión de la propia salud y el efecto que produce en la satisfacción general y el bienestar.

Confusión: falta de orientación temporal, espacial o de consciencia de uno mismo.

Dependencia: es la necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado, para ajustarse a su medio e interactuar con él.

Depresión: alteración emocional caracterizada por la pérdida del interés por la vida o el placer de vivir.

Desorientación: incapacidad para determinar la dirección, la ubicación o para ser consciente del tiempo o de otras personas:

Discapacidad: alteración física, mental o funcional que limite una actividad principal.

Disnea: dificultad respiratoria, causada por enfermedades respiratorias o cardíacas, principalmente.

Encamado: sujeto incapaz de abandonar el lecho, es decir, se encuentra postrado en la cama.

Fecaloma: masa voluminosa de heces acumulada en el recto, que parece un tumor.

Hematuria: presencia de sangre en la orina.

Hemóptisis: expectoración de sangre desde la laringe, la tráquea, los bronquios o los pulmones.

Impactación fecal: es la retención fecal

Incontinencia: pérdida de control en relación con la orina o heces.

Incontinencia fecal: insuficiencia del esfínter anal para evitar la expulsión de gases, líquidos o sólidos.

Incontinencia urinaria: ausencia completa o intermitente de la capacidad de controlar la pérdida de orina de la vejiga.

Índice de envejecimiento: es un índice sociodemográfico y se define como el porcentaje de población mayor de 64 años en relación a la población menor de 15 años.

Índice de longevidad: Se trata de un índice sociodemográfico que sirve para determinar el porcentaje de población mayor de 74 años en relación a la población mayor de 64 años.

Insomnio: experiencia subjetiva de sueño insuficiente o de sueño que no proporciona descanso.

Ostomía: fístula quirúrgica que conecta una porción del tracto intestinal o urinario con el exterior, normalmente a través de la pared abdominal.

Retención urinaria: estado en el que el sujeto experimenta un vaciado incompleto de la vejiga, pudiendo inhibir completamente el vaciado de la vejiga.

Riesgo social: la posibilidad de que una persona sufra un daño que tiene su origen en una causa social

Sedestación: individuo que permanece en posición sentada

Tasa de dependencia de mayores de 64 años: es un índice sociodemográfico, y se define como el porcentaje de población mayor de 64 años en relación con la población de 15 a 64 años.

Unidad familiar: es el conjunto de individuos unidos, normalmente, por vínculo de parentesco, que conviven en el mismo domicilio.

10.ANEXOS

10.ANEXOS

En este apartado se detallan los diferentes documentos de trabajo que han sido necesarios para la realización del trabajo, además de los instrumentos que se han usado.

En primer lugar está la Escala OARS (Anexo I), como ejemplo de instrumento de valoración social.

Le sigue la Escala Gijón (Anexo II), detallando las variables que valoran la situación social.

En tercer lugar, se presenta el cuaderno de recogida de datos (Anexo III) que agrupa todos las variables que se han recogido para la muestra.

A continuación, se presenta, al detalle, los 35 ítems del cuestionario de calidad de vida de Baca y Ruiz (1993) (Anexo IV), para la obtención de la calidad de vida percibida de la muestra.

Seguidamente, se detalla las diferentes variables de la escala de salud SF-36 (Anexo V).

A continuación, se expone la hoja de Consentimiento Informado (ANEXO VI), siguiendo el modelo del comité ético de investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Finalmente, se encuentra la hoja informativa (Anexo VII), con modelo del comité ético de investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

ANEXO I: ESCALA OARS

A continuación se exponen los ítems que valoran la Escala OARS de valoración de recursos sociales:

1. SU ESTADO CIVIL ES:	1. Soltero 2, Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5 , Separado // No contesta
2, ¿QUIEN VIVE CON USTED (PONGA SI/NO)?	Nadie si / no Esposo/a si / no Hijos si / no Nietos si / no Padres si / no Hermanos si / no Otros familiares si / no Amigos si / no Cuidadores pagados si / no Otros si / no. Especificar: _____
3. ¿A CUANTAS PERSONAS CONOCE LO SUFICIENTE BIEN COMO PARA VISITARLES EN CASA?	3: >5 2: 2-4 1: 1-2 0: Ninguna // No responde
4. ¿CUANTAS VECES HA HABLADO POR TELÉFONO CON AMGOS, FAMILIARES U OTROS EN LA ULTIMA SEMANA?	3: Una vez al día o más 2: 2-6 veces 1: Una vez 0: Ninguna // No responde

	3: Una vez al día o más
5. ¿CUÁNTAS VECES DURANTE LAL SEMANA PASADA HA VISTO A PESONAS QUE NO VIVEN CON USTED (VISITAS, ETC.)?	2: 2-6 veces / semana 1: Una vez 0: Ninguna // No responde
6. ¿TIENE USTED ALGUNA PERSONA EN QUIEN CONFIAR?	1: Si 2: No // No responde
7. ¿SE ENCUENTRA O SIENTE SOLO?	2: Casi nunca 1: Algunas veces 0: A menudo // No responde
8. ¿ VE A SUS FAMILIARES Y AMIGOS TAN A MENUDO COMO QUISIERA O SE SEITNTE AGO TRISTE PORQUE LOS E POCO?	1: Tan a menudo como quisiera 0: Algo triste por la poca frecuencia // No responde
9. SI ALGUNA VEZ NECESITASE AYUDA POR ENCONTRARSE INCAPACITADO ¿TENDRÍA QUIÉN LE PRESTASE ESA AYUDA?	1: Si 2: No Si ha contestado Si: A) Esa Persona cuidaría de usted: 1. De forma indefinida 2. Durante un corto periodo de tiempo 3. De vez en cuando (llevándole al médico, haciéndole la comida, etc.) B) ¿De quién e trata? Escribir nombre de la persona y la relación

ANEXO II: ESCALA DE GIJON

En el anexo II se detallan las variables que forman la Escala de Gijón.

SITUACIÓN FAMILIAR	1. Vive con familia, sin dependencia físico/psíquica
	2. Vive con cónyuge de similar edad
	3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia
	4. Vive solo y tiene hijos próximos
	5. Vive solo y carece de hijos, o viven alejados

SITUACIÓN ECONÓMICA	1. Más de 1,5 el salario mínimo
	2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive
	3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva
	4. L.I.S.M.I - F.A.S - Pensión no contributiva
	5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior

VIVIENDA	1. Adecuada a necesidades
	2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)
	3. Humedades, mal higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción)
	4. Ausencia de ascensor, teléfono
	5. Vivienda inadecuada

RELACIONES SOCIALES	1. Relaciones sociales
	2. Relación social sólo con familia y vecinos
	3. Relación social sólo con familia o vecinos
	4. No sale del domicilio, recibe visitas
	5. No sale y no recibe visitas

APOYO DE LAS REDES SOCIALES	1. Con apoyo familiar o vecinal
	2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria
	3. No tiene apoyo
	4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica.
	5. Tiene cuidados permanentes

ANEXO III: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

ID:_____ FECHA:_____

CENTRO: 1.HMA__ 2.HACLE__ SERVICIO: PACIENTE:
SIP_____

EDAD: FECHA NACIMIENTO:_____ SEXO: 1.H__
2.M__ .

ESTADO CIVIL: 1.SOLTERO__ 2. CASADO__ 3. VIUDO__
4.DIVORCIADO__ 5. SEPARADO__ 6. OTROS__

NIVEL DE ESTUDIOS: 1.SIN ESTUDIOS:__ 2. PRIMARIOS:__
3.SECUNDARIA:__ 4.UNIVERSITARIOS:__

NIVEL SOCIOECONÓMICO PACIENTE: 1. SIN INGRESOS: 2. 365/MES
3. 632/MES 4. 798/ MES 5. MÁS DE 798/MES

NIVEL SOCIOECONÓMICO UF: 1. SIN INGRESOS: 2. 365/MES 3.
632/MES 4. 798/ MES 5. MÁS DE 798/MES

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE INGRESO:

MOTIVO DE INGRESO:

ACUDE A URGENCIAS LOS ULTIMOS 6 MESES (NUMERO):

PATRONES FUNCIONALES

1. Patrón 1: Percepción de la salud.

- ¿CÓMO CREE QUE ES SU ESTADO DE SALUD? (DE 1 A 5):
1.MALO 2. REGULAR 3.BUENO 4.MUY BUENO 5. EXCELENTE

2. Patrón 2: Nutricional - Metabólico.

Presenta Ulcera: Upp: 1.SI 2. NO. Vascular: 1.SI 2. NO DOLOR: 1.SI
2. NO ESCALA NUMERICA DOLOR (del 1 al 10):

3. Patrón 3: Eliminación.

ALT. UROLOGICAS: INCONTINENCIA : 1.SI 2. NO RETENCION:
1.SI 2. NO HEMATURIA: 1.SI 2. NO SV : 1.SI 2. NO

ALT. INTESTINALES: INCONTINENCIA FECAL: : 1.SI 2. NO
ESTREÑIMIENTO: 1.SI 2. NO FECALOMA : 1.SI 2. NO

OSTOMÍAS: 1.COLOSTOMIA 2. ILEOSTOMIA

4. Patrón 4: Actividad - Ejercicio.

SINTOMAS RESPIRATORIOS: DISNEA: 1.SI 2. NO TOS: 1.SI 2. NO
HEMOPTISIS: 1.SI 2. NO

SISTEMA DE AYUDA: 1. NADA 2. BASTON 3. MULETA 4. ANDADOR 5
SILLA DE RUEDAS

MOVILIDAD: 1.ENCAMADO 2. SEDESTACION 3.ANDA CON
SUPERVISION 4. ANDA SOLO CON APOYO 5.INDEPENDIENTE:

5. Patrón 5: Sueño - Descanso.

INSOMINIO 1.SI 2.NO HORAS DE SUEÑO:___ NECESITA
MEDICACION PARA DORMIR: 1.SI 2.NO

6. Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.

ALTERACION VISTA: 1.SI 2.NO ALTERACION OIDO:1.SI 2.NO
ALTERACION OLFATO: 1.SI 2.NO ALTERACION GUSTO: 1.SI 2.NO

CONFUSIÓN: 1.SI 2.NO ANSIEDAD: 1.SI 2.NO
DEPRESIÓN:1.SI 2.NO AGITACION:1.SI 2.NO DESORIENTACION:
1.SI 2.NO

7. Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.

ESTADO NERVIOSO: 1. ANSIOSO 2. NORMAL 3.TRANQUILO
4.RELAJADO

8. Patrón 8: Rol - Relaciones.

Nº PERSONAS NUCLEO FAMILIAR: ___ CUIDADOR PRICIPAL:
1.SI 2.NO

¿Cómo piensa que es su vida social?Muy satisfactoria 1 Más bien
satisfactoria 2 Más bien insatisfactoria 3 Muy insatisfactoria 4

9. Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.

PROBLEMAS UROLOGICOS 1.SI 2.NO

10. Patrón 10: Tolerancia al estrés.

ESTRES 1.SI 2.NO

11. Patrón 11: Valores - Creencias.

SATISFECHO CON SU VIDA (DEL 1 AL 5)

ESCALA GIJON

A. SITUACIÓN FAMILIAR	
1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	
2. Vive con cónyuge de similar edad	

3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia 4. Vive solo y tiene hijos próximos 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados	
B. SITUACIÓN ECONÓMICA 1. Más de 1.5 veces el salario mínimo 2. Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive 3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva 4. L.I.S.M.I. -F.A.S.- Pensión no contributiva 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	
C. VIVIENDA 1. Adecuada a necesidades 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...) 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción) 4. Ausencia de ascensor, teléfono 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	
D. RELACIONES SOCIALES 1. Relaciones sociales 2. Relación social sólo con familia y vecinos 3. Relación social sólo con familia o vecinos 4. No sale del domicilio, recibe visitas 5. No sale y no recibe visitas	
E. APOYO DE LA RED SOCIAL 1. Con apoyo familiar o vecinal 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria 3. No tiene apoyo 4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica 5. Tiene cuidados permanentes	
TOTAL	

SCREENING DETECCIÓN RIESGO SOCIAL EN PACIENTE HOSPITALIZADO (SDRS)

VARIABLE	SI/NO
13. - Vive solo	
14. - Vive con la familia/amigos	
15. - Presenta actividades de ocio	
16. - Tiene ingresos económicos propios	
17. - Tiene apoyo familiar/social	
18. - Tiene vivienda propia	
19. - La vivienda está adaptada	
20. - Es dependiente para alguna de las Avds Básicas de la vida diaria (comida, vestido, aseo, higiene...)	
21. - Necesita ayuda para las transferencias	
22. - Presenta deterioro cognitivo/ trastorno mental	
23. - Presenta problemas de salud frecuentes en el último año	
24. - El cuidador manifiesta problemas de ansiedad/ depresión en los últimos 6 meses	

Cuestionario de calidad de Baca y Ruiz

1. ¿Disfruta con el trabajo que realiza? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
2. ¿Está contento con la manera que realiza su trabajo? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
3. ¿Le deja el trabajo suficiente tiempo libre para otras cosas que desea hacer? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
4. ¿Está contento con su ambiente de trabajo? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
5. ¿Le impide los problemas o preocupaciones del trabajo disfrutar de su tiempo libre? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
6. ¿Termina su jornada laboral tan cansado que sólo le apetece descansar? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
7. ¿El trabajo que hace le provoca un permanente estado de tensión? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
8. ¿Le desborda en la actualidad su trabajo? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
9. ¿Se siente con buen salud? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
10. ¿Se siente con suficiente energía para hacer su vida diaria? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
11. ¿Se siente fracasado? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
12. ¿Se siente inquieto o angustiado? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
13. ¿Tiene preocupaciones que le impiden o dificultades importantes para conciliar el sueño? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
14. ¿Tiene insomnio o dificultades para conciliar el sueño? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
15. ¿Se siente cansado la mayor parte del día? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
16. ¿Está satisfecho con su actual estado de salud? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
17. ¿Cree que va alcanzando lo que se propone en la vida? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

18. Cree que la vida le va dando lo que espera? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

19. ¿Se siente capaz de conseguir la mayoría de cosas que desea? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

20. ¿Mantiene relaciones satisfactorias con las personas que convive? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

21. ¿Siente que le quieren las personas que le importan? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

22. ¿Tiene buenas relaciones con su familia? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

23. ¿Tiene amigos con los que contar en caso necesario? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

24. ¿Cree que tiene a quien recurrir cuando necesita compañía o el apoyo de alguien? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

25. ¿Desearía tener relaciones sexuales más satisfactorias, o si no las tiene, le gustaría tenerlas? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

26. ¿Tiene con quien compartir su tiempo o sus aficiones? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

27. ¿Está satisfecho con los amigos que tiene? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

28. ¿Le satisface la vida social que hace? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

29. ¿Tiene tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

30. ¿Tiene posibilidades de desarrollar sus aficiones (tiempo, dinero, etc)? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

31. ¿Considera agradable la vida que tiene? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

32. ¿Considera interesante la vida que lleva? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

33. ¿Está satisfecho con la vida que hace? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

34. ¿Está satisfecho con el dinero de que dispone? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

35. ¿Está satisfecho con su forma de ser? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

ESCALA SALUD SF-36

1. En general, usted diría que su salud es: 1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

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

1 Mucho mejor ahora 2 Algo mejor ahora 3 Más o menos igual 4 Algo peor 5 Mucho peor

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger /llevar la bolsa de la compra? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)? 1 Sí, mucho 2 Sí, un poco 3 No, nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)? 1 Sí, mucho 2 Sí, un poco 3 No, nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo? 1 Sí, mucho 2 Sí, un poco 3 No, nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? 1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? 1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

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

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

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

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

ANEXO IV: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE BACA Y RUIZ

Cuestionario de calidad de Baca y Ruiz

1. ¿Disfruta con el trabajo que realiza? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
2. ¿Está contento con la manera que realiza su trabajo? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
3. ¿Le deja el trabajo suficiente tiempo libre para otras cosas que desea hacer? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
4. ¿Está contento con su ambiente de trabajo? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
5. ¿Le impide los problemas o preocupaciones del trabajo disfrutar de su tiempo libre? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
6. ¿Termina su jornada laboral tan cansado que sólo le apetece descansar? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
7. ¿El trabajo que hace le provoca un permanente estado de tensión? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
8. ¿Le desborda en la actualidad su trabajo? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
9. ¿Se siente con buen salud? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
10. ¿Se siente con suficiente energía para hacer su vida diaria? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
11. ¿Se siente fracasado? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
12. ¿Se siente inquieto o angustiado? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
13. ¿Tiene preocupaciones que le impiden o dificultades importantes para conciliar el sueño? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
14. ¿Tiene insomnio o dificultades para conciliar el sueño? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
15. ¿Se siente cansado la mayor parte del día? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

16. ¿Está satisfecho con su actual estado de salud? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

17. ¿Cree que va alcanzando lo que se propone en la vida? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

18. Cree que la vida le va dando lo que espera? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

19. ¿Se siente capaz de conseguir la mayoría de cosas que desea? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

20. ¿Mantiene relaciones satisfactorias con las personas que convive? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

21. ¿Siente que le quieren las personas que le importan? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

22. ¿Tiene buenas relaciones con su familia? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

23. ¿Tiene amigos con los que contar en caso necesario? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

24. ¿Cree que tiene a quien recurrir cuando necesita compañía o el apoyo de alguien? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

25. ¿Desearía tener relaciones sexuales más satisfactorias, o si no las tiene, le gustaría tenerlas? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

26. ¿Tiene con quien compartir su tiempo o sus aficiones? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

27. ¿Está satisfecho con los amigos que tiene? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

28. ¿Le satisface la vida social que hace? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

29. ¿Tiene tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

30. ¿Tiene posibilidades de desarrollar sus aficiones (tiempo, dinero, etc)? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

31. ¿Considera agradable la vida que tiene? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

32. ¿Considera interesante la vida que lleva? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

33. ¿Está satisfecho con la vida que hace? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

34. ¿Está satisfecho con el dinero de que dispone? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

35. ¿Está satisfecho con su forma de ser? 1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

ANEXO V: ESCALA SALUD SF-36

1. En general, usted diría que su salud es: 1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

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

1 Mucho mejor ahora 2 Algo mejor ahora 3 Más o menos igual 4 Algo peor 5 Mucho peor

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger /llevar la bolsa de la compra? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más? 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)? 1 Sí, mucho 2 Sí, un poco 3 No, nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)? 1 Sí, mucho 2 Sí, un poco 3 No, nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo? 1 Sí, mucho 2 Sí, un poco 3 No, nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? 1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? 1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

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

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

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? 1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

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

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

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

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales

(como visitar a los amigos o familiares)? 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente. 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa.

ANEXO VI. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE LA FE.



Dirección General, José Vicente Castell

Dña. Raquel Valera Lloris
Servicio de Enfermería

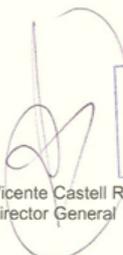
Asunto: *Autorización Inicio Estudio.*

Valencia, 1/09/2014

Adjunto le remito copia de los Informes Científico y Ético de Investigación, en el que se acuerda informar **favorablemente** sobre el Proyecto de Tesis titulado "DETECCION PRECOZ DE RIESGO SOCIAL EN PACIENTE HOSPITALIZADO: VALIDACION DE CUESTIONARIO Y RELACION CON P. FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA" por usted presentado.

A la vista de los dictámenes emitidos, dicho Proyecto, puede iniciarse y llevarse a cabo.

Atentamente.


Instituto de Investigación Sanitaria La Fe
CIF: G-97067557

José Vicente Castell Ripoll
Director General

ANEXO VII: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

MODELO DE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Título del estudio: Cuestionario de Detección precoz de riesgo social en paciente hospitalizado: validación y relación con patrones funcionales y percepción subjetiva de calidad

Yo,

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

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: Raquel Valera Lloris

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Nombre:

Nombre: Raquel Valera Lloris

Fecha:

Fecha:

ANEXO VIII: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Versión de la HIP: v2	Fecha de la versión: 28-4-2015
Investigador Principal: Raquel Valera Lloris, HACLE, rvalera@hospitalmanises.es	
CENTRO: HACLE	
Título del proyecto de investigación: Validación de un Cuestionario de Detección Precoz de riesgo social en paciente hospitalizado	

1. INTRODUCCIÓN:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico la Fe.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportunas.

2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El estudio se basa en un análisis de las variables sociodemográficas y en el pase de dos cuestionarios para detectar riesgos sociales (basados en la situación familiar, social, económica, autonomía y estado de salud), con el fin de validar estos cuestionarios

4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Los beneficios será el de analizar una nueva herramienta para una detección precoz y posibilidad de intervención relacionados con problemas en las esferas familiar, social, económica, autonomía y estado de salud, aunque es posible que no haya ningún beneficio.

No se esperan perjuicios ni riesgos, al ser un estudio descriptivo.

5. Nº DE URGENCIA PARA PROBLEMAS DEL ESTUDIO:

En caso de que desee formular preguntas acerca del estudio o daños relacionados con el mismo, contactar con el médico del estudio Dr. Raquel Valera Lloris en el número de teléfono 963874693.

6. CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su médico del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Sólo se tramitarán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc... En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio, colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El acceso a su historia clínica ha de ser sólo en lo relativo al estudio.

En cualquier caso, el responsable del Registro de los datos en la Agencia Española de Protección Datos, es la Conselleria de Sanitat.

7. COMPENSACIÓN ECONÓMICA:

El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo, por lo que su participación en éste no le supondrá ningún gasto.

8. OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE:

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, no se añadirá ningún dato nuevo a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente obtenidas para evitar la realización de nuevos análisis.

