



Master en Bioética

Trabajo Fin de Master

**“CONTRIBUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE LA
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA
SALUD EN ANCIANOS DE LA CIUDAD DE
MURCIA”**

Autor: Maria del Carmen Sánchez Moreno

Tutor: Dra. Gloria María Tomás y Garrido

Murcia, Septiembre 2010



Master en Bioética

Trabajo Fin de Master

**“CONTRIBUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE LA
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA
SALUD EN ANCIANOS DE LA CIUDAD DE
MURCIA”**

Autor: Maria del Carmen Sánchez Moreno

Tutor: Dra. Gloria María Tomás y Garrido

Murcia, Septiembre 2010

*A la Dra. Gloria Tomás,
por su apoyo,
paciencia
y comprensión.*

*A todos mis abuelitos;
los que ya no están,
los que veo cada día,
los que seguiré visitando.*

“El que pisa su sufrimiento se eleva”.

Hölderlin.

ÍNDICE

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	Pág 9
Estado de la Cuestión: El anciano en la actualidad.....	Pág 10
Calidad de Vida y Salud en los Ancianos.....	Pág 11
OBJETIVOS.....	Pág 20
MATERIAL Y MÉTODOS.....	Pág 22
Pacientes.....	Pág 23
Criterios de exclusión.....	Pág 23
Consentimiento informado.....	Pág 23
Confidencialidad.....	Pág 24
-Métodos.....	Pág 24
Elección del Cuestionario.....	Pág 24
Cuestionario EuroQol-5 Dimensiones	Pág 24
Cuestiones adicionales.....	Pág 27
Realización de la entrevista a cada paciente.....	Pág 28
Programa Informático EuroQol_5D.....	Pág 30
-Estadística.....	Pág 36
Cuestionario EQ-5D.....	Pág 36
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	Pág 37

-Cuestionario EQ-5D.....	Pág 38
Movilidad.....	Pág 42
Cuidado Personal.....	Pág 45
Actividades Cotidianas.....	Pág 45
Dolor / Malestar.....	Pág 46
Ansiedad / Depresión.....	Pág 46
-Cuestiones Adicionales.....	Pág 47
CONCLUSIONES.....	Pág 48
-Conclusiones Generales.....	Pág 48
-Grupo Femenino.....	Pág 48
-Grupo Masculino.....	Pág 48
-Cuestionario EQ-5D.....	Pág 48
-El papel de los Cuidadores.....	Pág 49
-Eutanasia: Más impacto mediático que necesidad social.....	Pág 50
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág 51
ANEXOS.....	Pág 56
Anexo 1. Consentimiento informado.....	Pág 57
Anexo 2. Lista de confidencialidad.....	Pág 59

INTRODUCCIÓN

ESTADO DE LA CUESTIÓN: EL ANCIANO EN LA ACTUALIDAD

La Organización Mundial de la Salud ¹ revisa el tradicional concepto de envejecimiento asociado a degeneración biológica, física, psicológica y funcional, con altas tasas de morbilidad y a la espera de la muerte ².

Se considera en la actualidad como el comienzo de la vejez la edad de 65 años, aunque el envejecimiento en sí es un proceso subjetivo, ya que está demostrado que no a todos los individuos con la misma edad cronológica les corresponde la misma edad biológica. Factores como la nutrición, el ejercicio físico, el nivel socio-económico y formativo, la genética o el modo de ver la vida afectan de modo muy diverso a unos y otros ³. Si la persona se conserva mental y físicamente activa, cuida su salud, se relaciona socialmente y entrena sus capacidades, puede seguir contribuyendo activamente a la vitalidad y economía de la sociedad, viviendo una etapa plena con una ancianidad saludable y el inevitable deterioro se puede retrasar hasta un corto periodo de tiempo anterior a la muerte ⁴.

A principios del siglo XX , tan sólo el 4-5 % de la población era anciana, comparado con el 12 % en 1990 y una estimación del 17-20 % en 2030 ⁵. Actualmente las personas viven más años como consecuencia de los avances científico-tecnológicos, sociales, asistenciales y sanitarios. En el mundo existen ya 605 millones de personas con 60 años o más y las

¹ The Whoqol group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): “Development and general psychometric properties.” *Social Science and Medicine*, 46, (2002), 1569-1585.

² Dean M, Grunert K, Raats M, Asger N, Lumbers M, “Food in Later Life Team. The impact of personal resources and their goal relevance on satisfaction with food-related life among the elderly.” *Appetite*, 50, (2008), 308-315.

³ Massa E, Madeddu C, Astara G, Pisano M, Spiga C, Tanca F, Sanna E, Puddu I, Patteri E, Lamonica G, Deiana L. “An attempt to correlate a “Multidimensional Geriatric Assessment” (MGA), treatment assignment and clinical outcome in elderly cancer patients: Results of a phase II open study”. *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, 66, (2008), 75-83.

⁴ Dean y cols., *op.cit.* 2.

⁵ Massa y cols., *op.cit.* 3.

previsiones son que para 2025 sean 1,2 billones de personas ⁶. Europa encabeza este crecimiento y más concretamente los países situados al sur, entre los que se encuentra España. Disminuye la natalidad y se incrementa la esperanza de vida, en la Unión Europea se incrementará en 5 años en 2025, la mayor expectativa de vida de todo el mundo (77 años) ⁷.

Según el Instituto Nacional de Estadística el número de personas de ambos sexos en España de entre 60 y 64 años ha aumentado en 5 años de 1.880.417 individuos en 2004 a 2.318.248 personas en 2009. Las mujeres siguen siendo más longevas que los hombres: con 85 años o más hay en España el presente año 626.456 mujeres, mientras que la cifra de hombres no supera los 290.548 ⁸. Como nuestro trabajo se centra en la región de Murcia, nos parece de interés incluir la proyección de la pirámide de población de la Región de Murcia para el año 2019 (Figura 1), según el Centro Regional de Estadística de Murcia ⁹.

CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN ANCIANOS

La ancianidad puede ser también una época vital y activa, sobretodo si se conserva la funcionalidad y cierto grado de independencia ¹⁰, por este motivo, la calidad de vida en la tercera edad despierta en el ámbito científico e investigador un creciente interés ¹¹.

⁶ Dapcich V, Medina R. “Demografía y proyección del envejecimiento en España y la Unión Europea.” En *Libro Blanco de la Alimentación de los Mayores*. Ed. Médica Panamericana. Muñoz M, Aranceta J, Guijarro J. Madrid. 2004.

⁷ Dapcich y cols., *op.cit.*6.

⁸ Instituto Nacional de Estadística. <<http://www.ine.es>> [Consulta: 19/04/10].

⁹ Centro Regional de Estadística de Murcia. [Publicación en línea]. 2010. <http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_proyecciones/sec15.html> [Consulta: 8/01/10].

¹⁰ Savina C, Donini L, Anzivino R, De Felice M, De Bernardini L, Cannella C. “Administering the “AHSP Questionnaire” (Appetite, Hunger, Sensory Perception) in a geriatric rehabilitation care.” *J Nutr Health Aging*, 7(6), (2003), 385-389.

¹¹ Seymour D, Starr J, Fox H, Lemmon H, Deary I, Prescott G, Whalley L. “Quality of life and its correlates in octogenarians. Use of the SEIQoL-DW in Wave 5 of the Aberdeen Birth Cohort 1921 Study (ABC1921).” *Qual Life Res*, 17, (2008), 11-20.

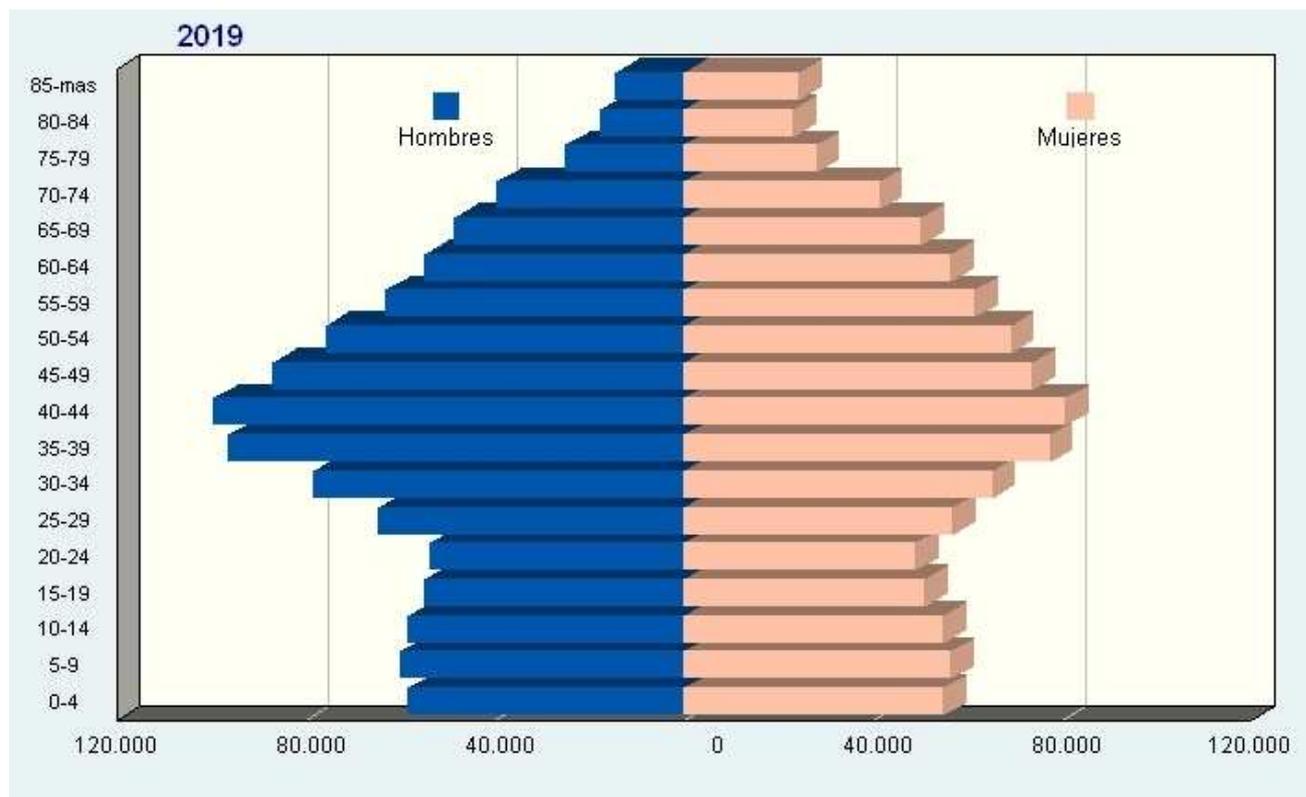


Figura 1. Proyección de la pirámide de población de la Región de Murcia para el año 2019.

Es un logro positivo ¹². Actualmente el estado de salud de una persona no debe determinarse únicamente por procedimientos técnicos, quirúrgicos o bioquímicos, dado que multitud de factores considerados subjetivos influyen en la vida del anciano. En el caso de los ancianos enfermos, la influencia del estado psicológico y anímico, su funcionalidad, el dolor, la posibilidad de realizar por sí mismo actividades de la vida diaria o instrumentales, su grado de dependencia o de movilidad y en definitiva la autopercepción que de sí mismo tiene, se pueden medir. El resultado responde al concepto de **Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)** ¹³. En nuestro trabajo nos centramos en Atención primaria (AP).

Así, este parámetro se utiliza como factor complementario en Atención primaria para valorar la efectividad de las intervenciones médicas, como por ejemplo para aproximarse a la

¹² Muñoz F, Ortiz M, Vega P. “Valoración nutricional en ancianos frágiles en atención primaria.” *Atención Primaria*, 35, (2005), 460-465.

¹³ Prieto L, Badía X. “Cuestionarios de salud: concepto y metodología.” *Atención Primaria*, 28, (2001), 201-209.

efectividad del tratamiento aplicado a pacientes con cáncer en la vejez, dado que se conoce todavía muy poco sobre el modo en que los pacientes sobrellevan esta enfermedad ¹⁴.

La CVRS suministra información precisa sobre la **autopercepción** que el paciente tiene de su estado general, considerado este dato como un instrumento válido de medida de su calidad de vida ajustada a la edad (Quality Adjusted Life Years, QALYs). Esto ayuda a realizar un seguimiento efectivo del estado global del paciente, para lograr el tratamiento más idóneo médico y farmacológico ^{15,16}.

Por ahora se considera que un instrumento que mide la CVRS es adecuado si cumple los siguientes requisitos: robustez psicométrica (análisis de la validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio) y factibilidad (tiempo de administración). De acuerdo a estos parámetros, existen diversos protocolos de calidad de vida de fácil aplicación en ancianos entre los que destacan: Euroqol-5 Dimensiones (EQ-5D), Health Utilities Index (HUI), 15D, Assessment of Quality of Life (AQoL), QWB, Short Form 6-Dimensions (SF-6D), Mini Nutritional Assessment (MNA) y Nutritional Form for the Elderly (NUFFE) ^{17, 18}.

Numerosos estudios epidemiológicos, clínicos y económicos defienden que el EQ-5D constituye un instrumento de medida de la calidad de vida en ancianos sencillo, fiable, rápido,

¹⁴ Appel B, Østerlind K, Rahm I. "Quality of life of elderly persons with cancer: a 6-month follow-up." *Scand J Caring Sci*, 21, (2007), 178-190.

¹⁵ Badía X, Roset M, Herdman M, Kind P. "A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states." *Med Decis Making*, 21, (2001), 7-16.

¹⁶ Brazier J, Roberts J, Tsuchiya A, Busschbach J. "A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups." *Health Econ*, 13, (2004), 873-884.

¹⁷ Brazier y cols., *op.cit.* 16.

¹⁸ Gombos T, Kertész K, Csíkos A, Söderhamn U, Söderhamn O, Prohászka Z. "Nutritional form for the elderly is a reliable and valid instrument for the determination of undernutrition risk, and it is associated with health-related quality of life." *Nutrition Research*, 28, (2008), 59-65.

económico y de fácil comparación con otros muchos países, dada su amplia y estandarizada utilización. De hecho, uno de los objetivos principales del Grupo Euroqol es permitir la comparación de estudios entre naciones. Las investigaciones en España y Reino Unido han reflejado una similitud muy alta y un buen índice efectividad-coste ¹⁹.

El EQ-5D se adapta a las limitaciones reales del sistema sanitario constituyendo una herramienta de fácil administración (por correo, autoadministrado o por entrevista), rápida realización y validez internacionalmente probada ^{20, 21}.

Es importante conocer la calidad de vida de los ancianos, y más de los ancianos enfermos porque, a pesar de los cuidados adecuados, es muy fácil en la vejez perder calidad de vida.

El déficit nutricional, la pérdida de masa libre de grasa junto con la obesidad y el bajo gasto energético, caracterizan los problemas más comunes de los ancianos ²². De tal modo que las **causas de mortalidad** ya no se asocian a enfermedades infecciosas sino a enfermedades crónicas no transmisibles ²³.

Según datos del estudio SENECA, un 12% de los ancianos sigue una dieta inadecuada y el 3% tiene un índice de masa corporal bajo. Esto conlleva consecuencias como la **progresiva fragilidad del anciano**, que pasen más tiempo encamados, riesgos de caídas e ingresos hospitalarios, y en última instancia la muerte. Los ancianos frágiles que residen en

¹⁹ Badía y cols., *op.cit.* 15.

²⁰ Herdman M, Badía X, Berra S. “El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria.” *Aten Primaria*, 28(6), (2001), 425-429.

²¹ Holland R, Smith R, Harvey I, Swift L, Lenaghan E. “Assessing quality of life in the elderly: a direct comparison of the EQ-5D and AQol.” *Health Econ*, 13, (2004), 793-805.

²² Santos J, Albala C, Lera L, García C, Arroyo P, Pérez-Bravo F, Angel B, Peláez M. “Anthropometric measurements in the elderly population of Santiago, Chile.” *Nutrition*, 20(5), (2004), 452-457.

²³ Santos y cols., *op.cit.* 22.

instituciones suelen padecer malnutrición, debido a un incremento en las necesidades nutritivas provocadas por la propia patología o a una reducción en la ingesta de alimentos, lo que acaba derivando en una deficiencia de los nutrientes necesarios, y puede ser debida tanto a factores físicos, sociales o psicológicos ²⁴.

Fundamentalmente sirven de referencia la determinación en la composición corporal de los **compartimentos graso y muscular** del cuerpo del anciano ²⁵. Las medidas localizadas de los depósitos de grasa están vinculadas al deterioro cardiovascular y a anormalidades metabólicas crónicas como la insulino-resistencia, hipertensión, hiperlipidemia y enfermedad arterio-coronaria, todas ellas desarrolladas con la edad ²⁶.

A partir de la mitad de la edad adulta y en la senectud se produce progresivamente un **descenso de la masa muscular y un aumento de la masa grasa** como proceso natural; redistribuyéndose ésta en la zona intra-abdominal y del tronco ^{27, 28}, hecho que se relaciona estrechamente con el desarrollo de patologías crónicas ²⁹. La progresiva disminución de masa muscular en ancianos se relaciona con la característica deficiencia en vitamina D de la senectud, debido a que numerosos receptores de vitamina D se encuentran en el tejido músculo-esquelético. La pérdida de éste a su vez se relaciona con la disminución en autosuficiencia, funcionalidad y movimiento en la edad avanzada.

²⁴ Muñoz y cols., *op.cit.* 12.

²⁵ Jimenez M, Fernández C, Verduga R, Crespo D. “Valoración antropométrica en una población institucionalizada muy anciana.” *Nutr Hosp*, 17(5), (2002), 244-250.

²⁶ Hughes V, Roubenoff R, Wood M, Frontera W, Evans W, Fiatarone M. “Anthropometric assessment of 10-y changes in body composition in the elderly.” *Am J Clin Nutr*, 80, (2004), 475-482.

²⁷ Santos y cols., *op.cit.* 22.

²⁸ Rodríguez N, Herrera H, Luque M, Hernández R, Hernández de Valera Y. “Caracterización antropométrica de un grupo de adultos mayores de vida libre e institucionalizados.” *Antropo*, 8, (2004), 57-71.

²⁹ Hughes y cols., *op. cit.* 26.

Incluso la malnutrición ³⁰, tiene una elevada prevalencia en edades avanzadas, condiciona el aumento de **morbi-mortalidad** y el empeoramiento de las **enfermedades crónicas** ³¹.

La obesidad cuenta asimismo con una alta prevalencia en ancianos y constituye una patología de origen multifactorial; inciden en su etiología factores psicológicos, físicos, sociales, educacionales, económicos, metabólicos y celulares. Derivadas de la obesidad aparecen enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión, dislipemias y enfermedad isquémica coronaria. No obstante, para la población anciana no existen parámetros normalizados de referencia, dada la limitación en el número de pacientes estudiados ³².

La disminución de talla en la vejez se debe fundamentalmente a la osteoporosis y al estrechamiento de los discos intervertebrales, de hecho la pérdida de estatura se considera un índice de riesgo de osteoporosis ³³. El Mini Nutritional Assessment (MNA) destaca como protocolo de uso hospitalario porque compendia una evaluación de la función cognitiva, el estado funcional y dietético de sujetos mayores de 65 años. Este cuestionario global resulta sencillo de realizar, económico, requiere poco tiempo y está validado internacionalmente ^{34, 35}.

³⁰ Zamboni M, Zoico E, Tosoni P, Zivelonghi A, Bortolani A, Maggi S, Di Francesco V, Bosello O. "Relation between vitamin D, physical performance, and disability in elderly persons." *J Gerontology: Med Sciences*, 57A(1), (2002), M7-M11.

³¹ Velasco J, Urbistondo M, Martínez J. "Malnutrición hospitalaria y valoración del estado nutritivo." En *Alimentación Hospitalaria. 1. Fundamentos*. Ed. Díaz de Santos. Martínez J, Astiarán I, Muñoz M, Cuervo M. Madrid. 2004.

³² Gómez M, González F, Sánchez C. "Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada." *Nutr Hosp*, 20 (4), (2005), 286-292.

³³ Gombos y cols., *op. cit.* 18.

³⁴ Perissinotto E, Pisent C, Sergi G, Grigoletto F, Enzi G, ILSA Working Group. "Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences." *British J Nutrition*, 87, (2002), 177-186.

³⁵ Oviedo G, Morón de Salim A, Solano L. "Indicadores antropométricos de obesidad y su relación con la enfermedad isquémica coronaria." *Nutr Hosp*, 21(6), (2006), 695-698.

Asimismo los **problemas emocionales, psicológicos y de deterioro cognitivo** se suman a los fisiológicos, dificultando la consecución o mantenimiento de una adecuada salud y calidad de vida óptimas en la tercera edad. Diferentes grados de deterioro cognitivo son frecuentes en la mayoría de los ancianos residentes en instituciones o centros de prolongada estancia debido a su avanzada edad. Dependen cada vez más de los cuidadores -para su alimentación, aseo, atención, movilidad, etc.- y en el caso de la enfermedad de Alzheimer, este proceso es progresivo y aumenta conforme avanza la enfermedad ³⁶.

Por otro lado, con el envejecimiento se incrementa el riesgo de contraer **cáncer** de mama y son las mujeres de entre 75 y 79 años las que sufren una incidencia mayor ³⁷.

En definitiva, tanto para la salud, como en su carencia, con respecto a la calidad de vida se observa que los problemas se encuentran en la malnutrición, las enfermedades crónicas, los desajustes emocionales, y también en enfermedades importantes, como el cáncer. Muchas veces, altamente relacionados ^{38, 39}.

La visión utilitarista que, con frecuencia, predomina en la sociedad hace primar por encima de la dignidad de la persona el concepto de eficiencia. Incluso organismos internacionales de gran calado e influencia se han dejado imbuir de esta corriente que prioriza el placer y la comodidad y evita a toda costa, estigmatizándolo, al dolor y por ende a quien lo padece.

Al modificar la OMS el concepto tradicional de salud para describirla ahora como un “completo bienestar” -estado ciertamente idílico y poco realista por lo infrecuente de su aparición en la vida de todo hombre-, exento de cualquier tipo de molestia, sufrimiento o

³⁶ Oviedo y cols., *op. cit.* 35.

³⁷ Bonnefoy M, Jauffret M, Kostka T, Jusot J. “Usefulness of calf circumference measurement in assessing the nutritional state of hospitalized elderly people.” *Gerontology*, 48, (2002), 162-169.

³⁸ Bunout D, Barrera G, Pía de la Maza M, Leiva L, Gattas V, Hirsch S. “Height reduction, determined using knee height measurement as a risk factor or predictive sign for osteoporosis in elderly women.” *Nutrition*, 23, (2007), 794-797.

³⁹ Gómez y cols., *op. cit.* 32.

incomodidad, se están sentando las bases de una sociedad tecnológica, medicalizada, insolidaria y hedonista en la que el más mínimo sufrimiento será considerado como “problemático” e insalubre ⁴⁰.

Hoy día se entiende que la calidad de vida se encuentra gravemente mermada por molestias, dolores, episodios depresivos o malestar general ⁴¹ y esto se traduce en el modo en que se autoperciben los ancianos. Esta extendida “presión social” sobre el dolor y quienes lo padecen, coloca indefectiblemente a los ancianos en el punto de mira de una sociedad que no concibe el dolor ni el sufrimiento –ni por tanto la muerte- como parte de nuestra naturaleza corporal limitada, finita y a la vez espiritual.

La dignidad de las personas se considera disminuida en función de capacidades actuales (dependientes del momento) como la enfermedad, la edad, trastornos transitorios o vaivenes emocionales, lo cual no deja de ser una injusticia y una arbitrariedad. Esta corriente de pensamiento, tan extendida en la actualidad en nuestra sociedad, lo único que consigue es sentar las bases de filosofías que apoyan medidas como la eutanasia y su inevitablemente adherida pendiente resbaladiza de derechos para todos aquellos que en momento determinado sufren física o espiritualmente.

Los ancianos, como los niños, están indefensos en la misma matriz que debería protegerles y acompañar amorosamente su natural declive biológico: la familia. Las leyes actuales, lejos de protegerla, dejan esa encomiable labor de cuidado y acompañamiento a las instituciones -cada vez más numerosas- dedicadas a la tercera y cuarta edad. Sin embargo, lejos de ser una carga, la senectud bien entendida es fuente abundante y provechosa de experiencia, sabiduría, amor, tradición y valores útiles al conjunto de la sociedad, comenzando por los propios cuidadores o familiares que conviven con el anciano.

⁴⁰ Shatenstein B, Ferland G. “Absence of nutritional or clinical consequences of decentralized bulk food portioning in elderly nursing home residents with dementia in Montreal.” *J Am Diet Association*, 100(11), (2000), 1354-1360.

⁴¹ Krebs E, Taylor B, Cauley J, Stone K, Bowman P, Ensrud K. “Measures of adiposity and risk of breast cancer in older postmenopausal women.” *J Amer Geriatr Society*, 54(1), (2006), 63-69.

El presente trabajo me ha permitido la inestimable experiencia de compartir deseos, preocupaciones y opiniones acerca de la vida y de la muerte con 150 personas mayores. Más allá de los datos que aquí se expondrán, su testimonio y ejemplo de dignidad y saber estar ⁴², de ánimo y alegría de vivir, así como de serenidad ante el dolor, han hecho huella en mi ánimo y en mi visión de la vida.

El presente trabajo se lo dedico a ellos: mis abuelos que fallecieron, aunque ahora me atrevo a afirmar que en realidad ¡tengo 150!.

⁴² Tomás y Garrido G. “Aportación de los ancianos al sentido de la vida”. En *Anthropotes*. Ed. PUL. Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Estratto. 18. 2002.

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivo principal contribuir al conocimiento de la autopercepción que de sí mismo tiene el anciano. Nos hemos propuesto realizar un acercamiento a su realidad para poder:

-Realizar una comparativa entre dos grupos de ancianos en distinta situación vital: institucionalizados (residentes en una institución a tiempo completo) y no institucionalizados (residentes en su propio hogar y que frecuentan un Centro Lúdico para mayores).

-Cuantificar cinco dimensiones cruciales para su calidad de vida y su salud mediante un cuestionario validado y estandarizado:

- Movilidad
- Cuidado Personal
- Actividades Cotidianas
- Dolor / Malestar
- Ansiedad / Depresión

-Investigar si existen diferencias significativas entre sexos.

-Aproximarnos a la opinión real que la población de edad tiene de la eutanasia.

-Reflexionar acerca del concepto de calidad de vida y de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

PACIENTES

En primer lugar, aclarar que en el presente trabajo se utilizará de aquí en adelante el término “paciente” y no el de “anciano”, debido a que la mitad de los sujetos que forman parte de la muestra estudiada están institucionalizados en una Residencia de la tercera edad y padecen los más habituales contratiempos de salud propios de la senectud.

El tamaño inicial de la muestra de la población objeto de estudio ha sido de 150 sujetos procedentes de la Región de la Murcia y otras regiones españolas. 75 de ellos están institucionalizados en la Residencia para Personas Mayores San Basilio (RPMSB), dependiente del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), y los 75 restantes frecuentan el Centro Lúdico de Mayores San Miguel, que permanece abierto de 10 a 21:30 horas de martes a domingo y de 9 a 13:30 y de 17 a 21:00 horas los lunes.

La toma de datos se ha realizado en 2 fases: la primera fase o “fase piloto” ha tenido lugar entre los meses de noviembre de 2007 y septiembre de 2008 con el cuestionario Euroqol-5D. La segunda fase se ha completado con este cuestionario ampliado en 2 preguntas más entre los meses de enero de 2009 y febrero de 2010.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyó del estudio a aquellos ancianos que no podían deambular o permanecer de pie para la toma de las medidas antropométricas, los que presentaron ausencia por ingreso hospitalario o fallecimiento, los que tenían situación permanente en silla de ruedas y/o complicaciones propias de patologías particulares. Siguiendo estos criterios se ha realizado el cuestionario EuroQol-5D a 150 pacientes, 75 de los cuales han completado también 2 cuestiones adicionales en la segunda parte del estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber sido convenientemente informados, la totalidad de los sujetos participantes en el presente estudio han autorizado por escrito su consentimiento de acuerdo al modelo recogido como Anexo 1.

CONFIDENCIALIDAD

En todo momento se ha respetado y protegido la absoluta confidencialidad de los datos de los pacientes. Esto se ha logrado mediante la asignación de un código a cada paciente y su localización para la toma de muestras mediante su número de habitación, de acuerdo al modelo recogido en Anexo 2.

MÉTODOS

Elección del Cuestionario

Después de una amplia búsqueda bibliográfica y la estimación de diversos cuestionarios aplicados con asiduidad en grupos poblacionales de edad avanzada y temática similar (calidad de vida, autopercepción de la salud, variables funcionales, de movilidad y dolor, psicológicos, emocionales, etc.), la elección del presente cuestionario se ha determinado por varios motivos:

- Fiabilidad internacionalmente probada y validada
- Sencillez en su administración, uso y comprensión
- Rapidez para no agotar ni despistar a los pacientes entrevistados
- Posibilidad de comparar con amplitud de estudios realizados en diferentes países del mundo

Cuestionario EUROQOL-5 DIMENSIONES

El EuroQol-5 Dimensiones (EQ-5D) es una medida de salud para la práctica clínica o para la población en general, sencilla, de fácil y rápida aplicación y económica ^{43, 44, 45}.

⁴³ Lips P, Van Schoor N. "Quality of life in patients with osteoporosis." *Osteoporos Int*, 16, (2005), 447-455.

⁴⁴ Van Schoor N, Smit J, Twisk J, Lips P. "Impact of vertebral deformities, osteoarthritis, and other chronic diseases on quality of life: a population-based study." *Osteoporos Int*, 16, (2005), 749-756.

⁴⁵ Hoeymans N, Van Lindert H, Westert G. "The health status of the Dutch population as assessed by the EQ-6D." *Qual Life Res*, 14, (2005), 655-663.

Comprende un cuestionario que estima numéricamente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los sujetos estudiados ⁴⁶. Este cuestionario se ha pasado a los pacientes en forma de entrevista, ya que es de comprensión simple y se puede realizar en pocos minutos. Clasifica los estados de salud en un sistema de cinco dimensiones ^{47, 48}:

-Movilidad

-Cuidado Personal

-Actividades Cotidianas

-Dolor/Malestar

-Ansiedad/Depresión

Contiene también la valoración del propio estado de salud mediante una escala subjetiva y una forma de calcular un puntaje o tarifa de Escala Visual Analógica (EVA) y otro sobre Equivalencia Temporal (ET). Unas cuestiones socio-demográficas completan la base del estudio EuroQol ⁴⁹.

Antes de comenzar, se dan las siguientes indicaciones:

Señale la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

No elija más de una respuesta por pregunta.

Las cuestiones son las siguientes:

⁴⁶ Hickson M, Frost G. "An investigation into the relationships between quality of life, nutritional status and physical function." *Clinical Nutrition*, 23, (2004), 213-221.

⁴⁷ Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. "La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones." *Med Clin*, (en prensa), (1999).

⁴⁸ Tidermark J, Bergström G, Svensson O, Törnkvist H, Poncer S. "Responsiveness of the EuroQol (EQ-5D) and the SF-36 in elderly patients with displaced femoral neck fractures." *Qual Life Res*, 12, (2003), 1069-1079.

⁴⁹ Sewitch M, McCusker J, Dendukuri N, Yaffe M. "Depression in frail elders: impact on family caregivers." *Int J Geriatr Psychiatry*, 19, (2004), 655-665.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme y vestirme
- Soy incapaz de lavarme y vestirme

Actividades Cotidianas

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/ Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor y malestar
- Tengo mucho dolor y malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso y deprimido
- Estoy muy ansioso y deprimido

Termómetro de salud (respuesta visual):

Indíquenos, sobre esta escala (un termómetro dibujado que va de 0 a 100), cual es en su opinión su estado de salud HOY. 100 es el mejor estado de salud que pueda imaginarse y está situado en la parte más alta del termómetro y 0 el peor estado de salud imaginable y está en la parte más baja de la escala.

Equivalencia temporal. Mi estado de salud hoy

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos doce meses, mi estado de salud actual es:

-Mejor

-Igual

-Peor

Cuestiones adicionales

Debido a la preocupación creciente que despierta la eutanasia, hemos querido realizar una aproximación a la opinión real de los “supuestos” potenciales usuarios de la misma. Para ello se han añadido dos cuestiones adicionales al mencionado cuestionario que han pretendido acercarse aún más si cabe a la parte subjetiva de la percepción del anciano sobre la propia vida, su modo de afrontarla y sobre la muerte, más concretamente, su opinión personal acerca de la eutanasia.

Se han elaborado estas cuestiones siguiendo un patrón lo más similar posible a las propias preguntas del Cuestionario EQ-5 Dimensiones, debido a su brevedad, sencillez y fácil comprensión para los ancianos. Asimismo, las tres posibles respuestas se han adecuado al mismo esquema seguido en el Cuestionario EQ-5 D, entre otras razones, para no despistar ni complicar en exceso la respuesta a los entrevistados.

Son las siguientes:

1. A día de hoy, ¿siente el “gusto por la vida”, a pesar de las dificultades?

1. Siento un gran gusto por la vida.
2. Siento un moderado gusto por la vida.
3. No siento gusto por la vida.

2. A día de hoy, ¿qué opinión le merece la eutanasia?

1. Estoy en contra de la eutanasia.
2. No estoy ni a favor ni en contra de la eutanasia.
3. Estoy a favor de la eutanasia.

Realización de la entrevista a cada paciente

El acercamiento personal que ha supuesto la realización de este trabajo, sobrepasa con mucho las respuestas obtenidas y cuantificadas. Ha sido necesario –y ampliamente enriquecedor en lo humano y lo personal-, el conocer personalmente, tratar y frecuentar a los ancianos, y de algún modo también, darse a conocer para lograr que la comunicación entre investigadora y entrevistado fuese, en primer lugar posible –las personas mayores son como los niños en muchos sentidos- y en segundo lugar fructífera para la investigación.

La propia temática del cuestionario –en torno a la calidad de vida, la auto percepción de la salud, y la alegría de vivir o la eutanasia-, ha supuesto un diálogo amplio –en ocasiones inevitablemente desviado hacia multitud de temas vitales-, personal y enriquecedor con los ancianos. Cada respuesta es fruto de una meditación en muchas ocasiones profunda –y hasta a veces, dolorosa- por su parte.

Los problemas de comprensión de las cuestiones se han solventado explicando con el más sencillo posible de los lenguajes cada una de las preguntas y sus posibles respuestas, siempre procurando no influenciar éstas últimas.

Capítulo aparte merecen el modo en que se han afrontado por parte de los pacientes las 2 cuestiones adicionales. La pregunta acerca del “gusto por la vida” a pesar de las dificultades ha supuesto un pequeño examen de conciencia, a la vez que una declaración de principios propia y personal. Al contestar cada persona mayor estaba tomando partido ante un modo concreto de ver la vida:

-con optimismo

-resignación cristiana

-alegría

-tristeza

-impotencia

-desesperanza.

Dado que el término eutanasia ha despertado en muchas ocasiones reacciones encontradas: sorpresa, incomprensión del término, ironía, risa, desencanto, etc. Ante la falta de comprensión, se ha explicado de modo concreto qué supone esta realidad siguiendo la definición de eutanasia recogida del texto redactado por la Conferencia Episcopal Española ⁵⁰:

“Llamaremos eutanasia a la actuación cuyo objeto es causar muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna.

Así considerada, la eutanasia es siempre una forma de homicidio, pues implica que un hombre da muerte a otro, ya mediante un acto positivo, ya mediante la omisión de la atención y cuidado.”

⁵⁰ Conferencia Episcopal Española. [Publicación en línea]. Febrero 1993. <<http://www.unav.es/cdb/ceeseutanasia100.html>> La Eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. [Consulta: 19/04/10].

Se ha escogido este término por las siguientes razones:

- la muerte ha de ser el objetivo buscado, ha de estar en la intención de quien practica la eutanasia: no es eutanasia, por tanto, el aplicar un tratamiento necesario para aliviar el dolor, aunque acorte la expectativa de vida del paciente como efecto secundario no querido, ni puede llamarse eutanasia al resultado de muerte por imprudencia o accidente;
- puede producirse por acción (administrar sustancias tóxicas mortales) o por omisión (negarle la asistencia médica debida); ha de buscarse la muerte de otro, no la propia. No consideraremos el suicidio como forma peculiar o autónoma de eutanasia.

Los motivos son un elemento sustancial para hablar de eutanasia con propiedad.

- puede realizarse porque la pide el que quiere morir. La ayuda o cooperación al suicidio sí la consideramos una forma de eutanasia;
- puede realizarse para evitar sufrimientos, que pueden ser presentes o futuros, pero previsibles; o bien porque se considere que la calidad de vida de la víctima no alcanzará o no mantendrá un mínimo aceptable (deficiencias psíquicas o físicas graves, enfermedades degradantes del organismo, ancianidad avanzada, etc.).

El sentimiento subjetivo de estar eliminando el dolor o las deficiencias ajenas es elemento necesario de la eutanasia; de lo contrario estaríamos ante otras formas de homicidio.

Bien es cierto que la eutanasia supone la acción directa del médico, pero nos ha parecido que es suficiente el término escogido para la realización de este cuestionario.

Programa Informático EuroQol_5D

Se realizó un programa informático específico en Visual Basic 6.0 para el trabajo de recogida, validación, cálculo de tarifas y estadística básica y digitalización de los datos ligados al cuestionario EuroQol para su posterior explotación numérica detallada. Esta aplicación adaptó su estructura de pantalla a la permitida por los nuevos microordenadores del tipo Asus Eee (800x480), portátiles de gama intermedia entre los ordenadores portátiles tradicionales y las PDA, que permite su fácil desplazamiento a los lugares en los que se realice la toma de datos.

Su compatibilidad con toda la gama de ordenadores de entorno operativo Windows, de sobremesa o portátiles, asegura la generalización de su uso sobre un gran número de soportes informáticos.

De la aplicación desarrollada, que evolucionó de la versión 1.0.0 a la 2.1.6 con la corrección de algunos errores y la introducción de nuevas capacidades fruto de la experiencia obtenida con su uso, se destacan sus principales características a continuación.



Figura 2. Imagen de la primera página del protocolo.

La Figura 2 muestra la carátula de presentación que codifica automáticamente los pacientes, manteniendo los criterios de confidencialidad de los datos adquiridos, ligándolos a la localidad e institución sanitaria en la que fueron tomados. La identificación del entrevistador y la fecha en la que se realizó la toma de datos, así como las observaciones que merezcan ser conservadas serán grabadas en la base de datos junto al código de paciente.

Esta portada del formulario electrónico permite, además, usar la localidad, institución e identificación del entrevistador como posibles filtros para obtener posteriormente listados escritos de todos los pacientes grabados en la base de datos, o solo de aquellos que cumplan

los requisitos establecidos en estas variables, por lo que será posible recuperar selectivamente solo algunos pacientes de entre todos los grabados.

Junto a ello existe la posibilidad de recuperar códigos ya introducidos, para ver tan solo, o corregir o completar datos de un paciente anterior. Además de ello existe la posibilidad de incluir un nuevo paciente, cuyo código se generará automáticamente, para evitar vacíos o duplicidades en la asignación de los códigos.

La posibilidad de grabar estará presente siempre que todos los datos obligatorios para cada paciente se hayan completado y la opción denominada “borra Paciente” permitirá anularlo a efectos prácticos; no se verá en listados ni podrá recuperarse desde esta aplicación y todo ello sin desaparecer físicamente de la base de datos.

Para facilitar y evitar errores en la introducción de los datos de esta parte inicial, un calendario perpetuo y listados automáticos de las localidades, instituciones y entrevistadores anteriores se añaden como fuentes sobre los que seleccionar los datos entrantes.

La Figura 3 muestra la siguiente hoja electrónica en la que figuran los datos obligatorios que se han de recoger de cada paciente. A la izquierda las 5 cuestiones que se han de responder para situar al paciente en el espacio de salud de 5 dimensiones sobre el que trabaja este cuestionario. La construcción de este formulario electrónico obliga a que cada pregunta sea contestada y que no pueda hacerse con ambigüedad: si no se contestan todas no estará disponible la opción de grabar los datos y cada contestación anula y sustituye las anteriores, impidiendo duplicidad en las respuestas. A partir de estos valores se calcula en tiempo real las tarifas EVA y ET tal y como indica el grupo de expertos de EuroQol, mostrándolos en la parte superior derecha de la pantalla. Este puntaje se usa además para dibujar la altura de la sombra que tiene el termómetro de evaluación subjetiva del estado de salud que realizará el paciente, sirviendo de guía al entrevistador en la obtención de dicha respuesta. Las alternativas de estado de inconsciencia o muerte son contempladas también en la parte inferior derecha de este formulario, asignándoles sus valores correspondientes.

La escala subjetiva del estado de salud actual se establece sobre el análogo de un termómetro que puede manejarse gráficamente, tirando de la “columna de mercurio” o numéricamente

EuroQol-5D (María Antonia Murcia Tomas y col. - Versión: 2.1.6)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.
No marque más de una casilla de cada grupo.

Movilidad

No tengo problemas para caminar

Tengo algunos problemas para caminar 2

Tengo que estar en cama

Cuidado Personal

No tengo problemas con el cuidado personal 1

Tengo algunos problemas para lavarme y vestirme

Soy incapaz de lavarme y vestirme

Actividades Cotidianas

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas 2

Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar

Tengo moderado dolor y malestar 2

Tengo mucho dolor y malestar

Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso ni deprimido 1

Estoy moderadamente ansioso y deprimido

Estoy muy ansioso y deprimido

Validar hoja

Código 5D 2 1 2 2 1

Escala EVA 0.6454

Escala ET 0.7039

Indíquenos, sobre esta escala, cual es en su opinión su estado de salud HOY.

100 es el mejor estado de salud que pueda imaginarse y está situado en la parte mas alta del termómetro y 0 el peor estado de salud imaginable y está en la parte más baja de la escala.

Mi estado de salud hoy

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud actual es:

Mejor

Igual 2

Peor

Inconsciente Muerte

GRABAR

Portada Su Estado de Salud Datos Adicionales Imprimir Borrar Datos 80

Figura 3. Hoja electrónica con los datos obligatorios de cada paciente.

escribiendo un valor comprendido entre 0 y 100, tal y como se establece en las normas de EuroQol. Un código de color que va desde el rojo intenso para el peor estado de salud, el 0%, hasta el verde para el mejor de ellos, el 100%, pasando por la gama de amarillos en la zona central (50%) acompaña al movimiento de este mercurio virtual para facilitar su establecimiento.

Por último, la Figura 4 muestra la tercera de las pantallas a las que permite acceder el programa, lleva al usuario al conjunto de datos voluntarios, pero muy interesantes, que han de recogerse del paciente. Sin ellos, cualquier estudio de estratificación por sexo, edades, etc., sería imposible.

Sobre el cuestionario original se han añadido 2 nuevas opciones; una en la 3 pregunta en la que se agrega la posibilidad de contestar “otros” a los tipos de relación de parejas más tradicionales y en la 4 la formación profesional como alternativa entre los estudios secundarios y universitarios.

Todas las zonas donde escribir datos o elegir opciones están protegidos informáticamente con sistemas de validación para evitar la introducción de datos erróneos. En este caso, dejar datos

en blanco no impide grabarlos, ya que no son obligatorios, y además podrán ser completados en cualquier momento posterior, accediendo al paciente por su código.

La base de datos general guarda en una sola tabla, con formato Access, toda la información recogida de cada paciente, accesible desde las aplicaciones ofimáticas más usuales. De esta

EuroQol-5D (Maria Antonia Murcia Tomas y col. - Versión: 2.1.6)

Datos personales
 Todos los cuestionarios son anónimos. El disponer de algunos datos adicionales referentes a usted nos ayudará a comprender mejor sus respuestas.

1. ¿Que edad tiene? años

2. Usted es (sexo) :
 Hombre Mujer

3. Usted es (estado civil) :
 Soltero/a Viudo/a Divorciado/a
 Casado/a Separado/a Otros

4. Indique su nivel de estudios :
 Sin estudios Estudios secundarios Formación profesional
 Estudios primarios Estudios universitarios

5. ¿Cual de los siguientes actividades describe mejor su situación actual?
 Empleado o trabajador autónomo Estudiante
 Jubilado / pensionista Parado
 Ama de casa Otro (por favor, especifiquelo)

6. Si conoce su código postal, ¿podría indicarlo?

Portada **Su Estado de Salud** Datos Adicionales Imprimir Borrar Datos **GRABAR**

EQ-5D dimensions

Health State

Anxiety / Depression, Mobility, Self-care, Usual activity, Pain / Discomfort

Figura 4. Pantalla que muestra los datos socio-demográficos del paciente.

forma, el análisis estadístico minucioso y pormenorizado podrá realizarse sobre los datos mecanizados, sin necesidad de posteriores transcripciones, lo que evitará la introducción de errores y garantizará los análisis estadísticos sobre los datos recogidos.

Para finalizar este breve resumen, se muestran las posibilidades de impresión autónoma de esta aplicación que permiten obtener un listado selectivo de los resultados de evaluación de las tarifas EuroQol y los datos identificativos de cada paciente y los principales estratos en los que encuadrarlos, tal y como se observa en la Figura 5.

Tras las páginas necesarias para mostrar toda la información de la base de datos total, o de tan solo los registros que cumplan las condiciones de filtrado utilizadas (que se muestran en la cabecera del informe en todo momento), se añade al final un resumen estadístico básico de la

edad y los puntajes de las tarifas correspondientes al lugar que ocupa la percepción del estado de salud del grupo analizado en el espacio pentadimensional fijado por EuroQol, como muestra la Figura 6.

Informe de pacientes con EuroQol

Zoom 100%

STYDORVTOVIVIA

EQ-5D

Criterios de selección : Localidad = Murcia, Institución = SB, Entrevistador = C.

Listado de pacientes analizados con la aplicación EuroQol5D, desarrollada por MA. Murcia y col. (Universidad de Murcia).

C. Paciente	Localidad	Institución	Entrevistador	Fecha	Sexo	Edad	Código-5D	ES	EYA	ET
MUSB0001	Murcia	SB	C	06/06/2008	M	96.0	1 1 1 1 1	50	1.0000	1.0000
MUSB0002	Murcia	SB	C	06/06/2008	M	76.0	1 1 1 1 1	70	1.0000	1.0000
MUSB0003	Murcia	SB	C	06/06/2008	M	93.0	2 1 1 2 1	100	0.7005	0.7814

Páginas: 1

Figura 5. Listado selectivo de pacientes con la evaluación de tarifas EuroQol.

Informe de pacientes con EuroQol

Zoom 100%

MUSB0068	Murcia	SB	C	09/06/2008	M	80.0	2 2 3 2 3	40	0.1748	0.0243
MUSB0069	Murcia	SB	C	09/06/2008	V	70.0	2 3 3 1 1	50	0.2356	0.0658
MUSB0070	Murcia	SB	C	09/06/2008	M	87.0	2 2 2 2 2	52	0.4930	0.5192
MUSB0071	Murcia	SB	C	09/06/2008	M	85.0	2 2 2 2 2	80	0.4930	0.5192
MUSB0072	Murcia	SB	C	09/06/2008	V	80.0	2 1 2 3 1	50	0.3739	0.2454
MUSB0073	Murcia	SB	C	09/06/2008	V	78.0	3 1 3 2 3	50	0.1863	-0.1689
MUSB0074	Murcia	SB	C	09/06/2008	M	88.0	2 2 1 2 2	50	0.5481	0.5967
MUSB0075	Murcia	SB	C	09/06/2008	M	74.0	1 1 1 1 1	90	1.0000	1.0000

Número de registros impresos = 75

(pág: 3 / 3 ; viernes, 20 de junio de 2008)

Media aritmética :	56.7	0.5529	0.5155
Desviación Estándar :	25.7	0.3033	0.4003
Error Estándar de la media :	3.0	0.0350	0.0462

Páginas: 3

Figura 6. Imagen de la pantalla con el resumen estadístico básico.

Junto a los datos suministrados por la propia aplicación informática desarrollada expresamente para este fin, los datos recogidos en una base de formato Access, fue exportada a una hoja de cálculo Excel para su posterior tratamiento estadístico pormenorizado. En ningún momento volvieron a introducirse a mano los datos de campo, realizándose el traslado de una aplicación informática a otra por medios automáticos, que evitan la introducción de errores en las transcripciones y ahorran una gran cantidad de tiempo y esfuerzo.

Una vez recibidos los datos en la hoja de cálculo Excel, se estratificaron los datos por sexos y se procedió a obtener los resultados estadísticos parciales correspondientes a cada uno de ellos junto a los globales de la totalidad del grupo analizado.

ESTADÍSTICA

Cuestionario EQ-5D

Se han introducido todos los cuestionarios EQ-5D y se han calculado media aritmética, desviación estándar, error estándar de la media, coeficiente de asimetría y curtosis de los principales índices: edad, Escala de Salud (ES), Escala Visual Analógica (EVA) y Equivalencia Temporal (ET).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUESTIONARIO EUROQOL-5 DIMENSIONES

El total de la muestra estudiada ha estado compuesto por 150 pacientes, 62.66 % de los cuales son mujeres y 37.33 % son varones. Dentro del grupo el 50 % de sujetos están institucionalizados, mientras que en régimen ambulatorio se encuentra el restante 50 %. La media de edad del grupo institucionalizado ha sido de 81 ± 7.2 años (83 ± 6.6 años en mujeres y 79 ± 7.5 en hombres), mientras que en el grupo perteneciente al centro lúdico la media de edad ha sido menor: 69 ± 5.4 años (71 ± 3.2 años en mujeres y 67 ± 6.9 en hombres). Esta variable de entrada nos sitúa en la diferencia de edad que podemos considerar significativa existente entre ambos grupos (12 años), algo por otro lado natural si consideramos que en su mayor parte, los pacientes institucionalizados lo están por su necesidad de estar atendidos por otras personas, con lo cual ya padecen o arrastran en su mayoría dolencias, complicaciones y molestias propias de la senectud. Los resultados del grupo de pacientes residentes a tiempo completo en la RPMSB y del grupo de pacientes que frecuentan el centro lúdico San Miguel, con los valores de media aritmética, desviación estándar, error estándar de la media, coeficiente de asimetría y curtosis se adjuntan en Tabla 5 y Tabla 6 respectivamente.

Tabla 5. Resultados de pacientes institucionalizados.

MUJERES	Edad	ES	EVA	ET
MEDIA	82,7	58,1	0,5569	0,5318
d.s	6,6	23,7	0,2979	0,3728
Err. Est. M.	1,0	3,5	0,0435	0,0544
Co. asimetría	-0,0638	-0,0380	0,1827	-0,1706
Curtosis	-0,2989	0,4152	-1,3340	-1,5060
HOMBRES				
MEDIA	78,5	54,3	0,5462	0,4882
d.s	7,5	29,1	0,3175	0,4486
Err. Est. M.	1,4	5,5	0,0600	0,0848
Co. asimetría	-0,4178	-0,2319	-0,0118	-0,5162
Curtosis	-0,7581	-0,1894	-1,2361	-0,7384

La Escala de Salud (ES) ha reflejado una media para mujeres en el grupo institucionalizado de 58.1 ± 23.7 , mientras que para los hombres ha sido de 54.3 ± 29.1 . En el grupo de pacientes no institucionalizados la media de la ES para mujeres ha reflejado un valor de 65.6 ± 29.2 , mientras que para varones ha sido de 62.3 ± 30.8 , lo cual nos orienta a decir que el grupo femenino se encuentra mejor que el masculino en ambos grupos de pacientes estudiados y así lo percibe, estableciendo de algún modo una pauta común similar por sexos. Del mismo modo esos varones de la muestra se encuentran peor que las mujeres y son coherentes en su percepción del propio estado de salud. Sin embargo, en los pacientes del estudio realizado por Degl' Innocenti y colaboradores ⁵¹, es el grupo masculino el que presenta mejores puntuaciones.

Tabla 6. Resultados de pacientes del centro lúdico San Miguel.

MUJERES	Edad	ES	EVA	ET
MEDIA	71	65,6	0,6100	0,5497
d.s	3.2	29,2	0,3724	0,4133
Err. Est. M.	1,0	2,5	0,0225	0,0433
Co. asimetría	-0,0731	-0,0276	0,1607	-0,1823
Curtosis	-0,1735	0,5142	1,2334	-1,6510
HOMBRES				
MEDIA	67	62,3	0,5903	0,5013
d.s	6.9	30,8	0,2267	0,3478
Err. Est. M.	1,3	4,6	0,0548	0,0667
Co. asimetría	-0,5168	-0,2431	-0,0669	-0,4202
Curtosis	-0,6781	-0,1997	-0,1832	-0,8647

⁵¹ Degl' Innocenti A, Elmfeldt D, Hansson L, Breteler M, James O, Lithell H, Olofsson B, Skoog I, Trenkwalder P, Zanchetti A, Wiklund I. *Blood Pressure*, 11, (2002), 157-165.

Existen diferencias significativas entre las medias de los dos grupos en la ES, siendo más altas tanto para varones como para mujeres –esto es, una percepción global de su estado de salud más positiva- en el grupo de pacientes que viven en su propio hogar, en comparación con los que residen en una institución. En parte puede deberse –y así lo reflejan otros estudios a nivel europeo- a que la percepción global de salud mejora a la vez que la disposición de ánimo. No debemos de olvidar que es una variable subjetiva y que es sensible a oscilaciones estacionales (se ha estudiado en numerosas ocasiones las mejores puntuaciones obtenidas los meses de mayor número de horas de sol), variaciones o altibajos de las dolencias crónicas sufridas por los pacientes (aleatoriamente se entrevista al anciano sin saber de antemano si ese día sufre dolor o no), vaivenes emocionales (depresión, ansiedad, visita o ausencia de familiares y amigos, acontecimientos dolorosos como muerte de conocidos o descuido en la atención de hijos y nietos), etc. Es por esto que al ser una variable influida por multitud de factores, nos inclinamos a pensar que el optimismo vital, la esperanza y serenidad que aportan la espiritualidad y las convicciones religiosas, o “filosofía de la botella medio llena” se conserva con mayor fortaleza en un entorno familiar. Si los cuidados o compañía proceden de personas a las que les une un vínculo de sangre, las personas de mayor edad objeto de este estudio se sienten mejor –y así lo reflejan las percepciones globales de salud (ES)- que si residen en una institución, que aunque exquisitamente cuidada y gestionada por magníficos y atentos profesionales, no deja de ser una atención “enlatada” si la comparamos con el tradicional núcleo familiar en que antaño se integraban con toda naturalidad –para provecho y regocijo humano y personal de toda la familia- como un miembro más de pleno derecho.

El simple hecho de estar institucionalizado ya supone la dolorosa evidencia de no haber podido conservar un hogar propio por multitud de razones, entre las más comunes se encuentran –ya hemos comentado que las entrevistas y las contestaciones al cuestionario han supuesto un ejercicio de aproximación personal y conocimiento mutuo de cada paciente con la investigadora- una necesidad de cuidados específicos debido al desarrollo inexorable de enfermedades crónicas (obesidad, diabetes y sus múltiples complicaciones, pérdida de movilidad, artrosis, deterioro de la memoria, necesidad de medicación y seguimiento médico continuado), pérdida de las coberturas sociales, pensiones bajas, incapacidad de la familia directa del paciente para hacerse cargo por motivos de espacio, tiempo o posibilidades económicas, o desgraciadamente, debido al desinterés y comodidad en muchos de los casos.

El ritmo de vida desquiciado de la sociedad actual ha calado de lleno en el esquema tradicional de familia, ahora incapacitada o “desentrenada” en la diaria convivencia con sus

mayores. Repleto de estrés laboral y necesidades innecesarias (comodidades y posesiones materiales varias), el núcleo familiar ha modificado sustancialmente sus prioridades y ahora los miembros más indefensos de la familia -niños y ancianos-, se conciben como un “estorbo” a evitar o apartar para que la comodidad y la supuesta “calidad de vida” hedonista no se resienta. Estos cambios están afectando profundamente al estado emocional, personal y social de los ancianos de hoy en día, que se ven relegados en muchos casos a instituciones, cuando entienden –y así lo transmiten-, que son un inconveniente en la atareada realidad de sus hijos y nietos. De ahí la tendencia –entendemos- de los resultados más tristes o negativos en la percepción global de su realidad en los ancianos institucionalizados que en los ancianos que conservan su propio hogar.

Estos últimos se sienten útiles con tareas o responsabilidades reales diarias como el cuidado de los nietos –debido en su mayor parte al profundo cambio social que ha supuesto la incorporación de la mujer al mercado laboral-, el cuidado de la casa y de la pareja, la compra diaria o las labores de limpieza. Entienden su nueva cuota de “tiempo libre” como una liberación que de la carga laboral supone la jubilación. Gran parte del grupo estudiado asocian como una nueva juventud la ocasión de retomar o hacer nuevas amistades y socializar en centros de día que actúan como catalizadores para la interrelación de los ancianos que viven en su propia casa o integrados en su familia. Esta visión de su tiempo y de su realidad es sintomáticamente más positiva que la de los ancianos residentes a tiempo completo en la RPMSB. El hecho de llevar una vida más independiente y libre, con más responsabilidades y obligaciones cotidianas (procesado de alimentos, limpieza del hogar, realización de compra o recados, cuidado de un cónyuge más necesitado, etc.), predispone positivamente el cuerpo y la mente ⁵².

La Escala Visual Analógica (EVA) es una tarifa de preferencias ⁵³ obtenida a partir de la

⁵² Tidermark J, Zethraeus N, Svensson O, Törnkvist H, Ponzer S. “Femoral neck fractures in the elderly: Functional outcome and quality of life according to EuroQol.” *Qual Life Res*, 11, (2002), 473-481.

⁵³ Degl’ Innocenti y cols., *op. cit.* 51.

valoración por una muestra representativa y aleatoria de la población general de los estados de salud y sus valores varían entre -1 y 1. Los valores medios correspondientes a esta tarifa para mujeres han sido de 0.5569 ± 0.2979 , sin embargo en varones la media ha sido de 0.5462 ± 0.3175 . En función de lo expuesto por Degl' Innocenti y colaboradores, la EVA refleja mejores puntuaciones conforme mayor es la actividad mental del paciente, y peores conforme se va incrementando la edad, lo cual se corresponde con los resultados obtenidos para pacientes del centro lúdico (0.6100 ± 0.3724 en mujeres y 0.5903 ± 0.2264 para varones), a los cuales se les atribuye una mayor vitalidad mental en función de su menor edad.

La Equivalencia Temporal (ET) nos indica si el estado general de salud del paciente es percibido “a día de hoy” como mejor, igual o peor que durante los últimos 12 meses, su valor puede oscilar entre -1 (peor percepción posible) y 1 (estado de salud óptimo), alcanzando la cifra media en el grupo femenino de 0.5318 ± 0.3728 para ancianos institucionalizados y 0.5497 ± 0.4133 para ancianos no institucionalizados, mientras que para varones ha sido de 0.4882 ± 0.4486 en el grupo residente y de 0.5013 ± 0.3478 para el grupo no residente. Greiner y colaboradores⁵⁴ afirman en su trabajo sobre la fiabilidad del EQ-5D en 6 países europeos, que el hecho de que el cuestionario se responda durante una entrevista, permite al paciente reflexionar más detenidamente sobre los distintos estados de salud antes de contestar (en comparación con el método autoadministrado), característica que dota de mayor fiabilidad y credibilidad a las contestaciones de los pacientes. Aunque no existen diferencias significativas, la tendencia se mantiene.

MOVILIDAD

Es esta sin duda una de las dimensiones que mayor influencia tiene en el estado emocional de

⁵⁴ Greiner W, Weijnen T, Nieuwenhuizen M, Oppe S, Badia X, Busschbach J, Buxton M, Dolan P, Kind P, Krabbe P, Ohinmaa A, Parkin D, Roset M, Sintonen H, Tsuchiya A, De Charro F. “A single European currency for EQ-5D health states. Results from a six-country study.” *Eur J Health Econom*, 4, (2003), 222-231.

los pacientes e influye sobremanera en la percepción que de sí mismos tienen los ancianos.

La actividad física en la Residencia es limitada, en gran parte por el diseño arquitectónico – gran cantidad de escaleras-, sin embargo tiene una amplia zona de entrada en la que pasear y aledaño hay un jardín extenso que hace las veces de circuito para los más disciplinados y animados, que hacen su caminata diaria “aunque lluevan chuzos de punta”. Sin embargo, no son mayoría, y esto repercute en la salud y en la movilidad que se ve naturalmente mermada con el paso del tiempo si el paciente no pone de su parte moviéndose diariamente.

La fisioterapia se realiza en una sala al efecto, pero los especialistas –médicos y fisioterapeutas- recomiendan diariamente y de modo encarecido a los usuarios de las instalaciones que caminen, que no caigan en la costumbre de usar la silla de ruedas a la menor molestia, circunstancia que acaba agravando los problemas de movilidad y por ende, de ánimo en los ancianos.

Esta tendencia se corrobora con trabajos como el de Rodríguez y colaboradores ⁵⁵, quien afirma que -al igual que en nuestra muestra de población-, la mayoría de los ancianos institucionalizados permanecen la mayor parte del día sentados o acostados, caminan poco y sus tasas de inactividad son muy altas, con la consecuente deplección de masa muscular esquelética (tanto en el caso de hombres como de mujeres). Este fenómeno se ve reflejado en la baja forma física de este grupo poblacional ⁵⁶.

Según Rodríguez y colaboradores ⁵⁷ la diferencia de masa muscular total existente entre un grupo de ancianos institucionalizados y otro ambulatorio es destacable. El grupo que reside en su propio domicilio presenta mayores valores de masa muscular, fundamentalmente debido a que realizan mayor actividad física mediante sus actividades cotidianas; mantenimiento de la casa, jardinería, preparación de comidas, realizar la compra, etc ⁵⁸. Aunque estas actividades

⁵⁵ Rodríguez y cols., *op. cit.* 28.

⁵⁶ Bonnefoy y cols., *op. cit.* 37.

⁵⁷ Rodríguez y cols., *op. cit.* 28.

⁵⁸ Esquiús M, Schwartz S, López J, Andreu A, García E. “Parámetros antropométricos de referencia de la población anciana.” *Med Clin (Barc)*, 100, (1993), 692-698.

no supongan un gran esfuerzo, está contrastado que equivalen a un entrenamiento para el anciano, preservando su masa ósea, retrasando la aparición de enfermedades crónicas, manteniendo su autonomía y funcionalidad, aumentando su autoestima y en definitiva su calidad de vida.

Así se ha visto reflejado en los valores porcentuales de la dimensión de Movilidad para ancianos institucionalizados (41,2 % no tienen problemas para caminar, 48,7 % tienen algunos problemas para caminar y el 10,1 % tienen que estar en la cama) y no institucionalizados (65,9 % no tienen problemas para caminar, 34,1 % tienen algunos problemas para caminar y el 0 % tienen que estar en la cama).

Se observa que la mayoría de ancianos residentes a tiempo completo en una institución no realizan habitualmente ejercicio físico más allá del imprescindible para acceder a comedores o deambular por su habitación (en parte debido a las barreras arquitectónicas del propio centro y a las patologías crónicas que padecen) ⁵⁹.

Aunque el proceso natural de envejecimiento suponga una pérdida progresiva de masa muscular, los varones siguen teniendo mayor cantidad de masa libre de grasa ⁶⁰.

Asimismo, los pacientes que residen a tiempo completo son más susceptibles de padecer accidentes como caídas y fracturas, debido a su movilidad limitada. En la población residente estudiada, un 35 % de los pacientes ha sufrido en alguna ocasión fractura de cadera, y en concordancia con lo expuesto por Tidermark y colaboradores ⁶¹, la calidad de vida decrece después de una fractura de este tipo; la movilidad se limita, el dolor aumenta, aparecen nuevas complicaciones derivadas de la nueva situación (llagas, largos periodos encamados) y el estado de ánimo se resiente al constatar el paciente su propia fragilidad ⁶². Como

⁵⁹ Rodríguez y cols., *op. cit.* 28.

⁶⁰ Ortega R, Garrido G, Turrero E, Chamorro M, Díaz E, Andres P. “Valoración antropométrica del estado nutricional de un colectivo de ancianos de Madrid (España).” *Arch Latin Nutr*, 42(1), (1992), 26-35.

⁶¹ Tidermark y cols., *op. cit.* 52.

⁶² Holland y cols., *op. cit.* 21.

consecuencia de todo ello se acrecenta la inseguridad y el miedo a que un nuevo accidente o fractura se pueda volver a repetir.

CUIDADO PERSONAL

Es esta una dimensión estrechamente relacionada con la autoestima y la seguridad personal, ya que se trata del aseo y arreglo personal y engloba aspectos higiénicos y de presencia íntimos y personales. Cuando un anciano no puede valerse –o no de un modo completo- para el aseo y arreglo personal, se siente profundamente vulnerable y limitado, además de triste. Muy al contrario de la opinión generalizada de que a las personas mayores que viven en residencias viven cómodamente porque se lo hacen todo, el verse necesitados de asistencia para tareas tan básicas les crea una dependencia y merma su autosuficiencia y seguridad en gran medida. La mayor parte de los encuestados que sufren estas limitaciones en el cuidado personal se encuentran en la RPMSB (el 19,2 % tienen algunos problemas para lavarse o vestirse frente al reducido 11,9 % del grupo no institucionalizado).

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Se consideran dentro de esta dimensión las tareas de estudiar, trabajar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre. La tradicionalmente considerada “carga de las labores domésticas o familiares”, pese a estar injustamente consideradas en la sociedad de consumo actual, la labor del ama de casa –ya sea ejercida por la mujer, como es en la mayoría de los casos en estas generaciones de personas mayores, por el hombre o por ambos-, constituyen un motivo claro de autoafirmación, hacen sentirse útil al anciano, vivo y autosuficiente. Les da autoestima y seguridad en sí mismos el verse capaces de realizar las tareas propias del hogar por insulsas, aburridas o monótonas que puedan parecerlos a los más jóvenes.

De hecho, los ancianos institucionalizados se ven “privados a la fuerza” de estas obligaciones. En el centro no pueden cocinar, de la limpieza se encargan las asistentes, aunque muchas mujeres se siguen ocupando hacendosas de mantener “bonito, limpio y arreglado” su cuarto, mínima expresión de su espacio vital, hoy considerado como lugar de intimidad propio y pequeño hogar a escala. Gran parte de los ancianos se quejan de que se sienten inútiles por no

poder contribuir a las labores de la institución, aunque como contraprestación tienen algunos talleres preparados para labores plásticas de manualidades, carpintería, pintura, aunque con escaso seguimiento por parte de los usuarios.

Los valores obtenidos para esta dimensión difieren muy poco en ambos grupos, mostrando mayores dificultades circunstanciales para realizar estas tareas cotidianas en el grupo institucionalizado (23,2 % frente al 19,4 % del grupo no institucionalizado).

DOLOR/ MALESTAR

En un principio se partió de la hipótesis de que esta dimensión, junto con la movilidad y el estado emocional, sería una de las variables que más influyese en el estado global y la autopercepción de los pacientes. Pero la gran lección que los ancianos han dado a esta investigadora ha sido su capacidad para sonreír ante la adversidad y el natural declive biológico, asociado indefectiblemente y en la mayoría de los casos a enfermedades crónicas, complicaciones, dolores y molestias.

Es aquí donde se aprecia con mayor relevancia el sentido trascendental del dolor, la visión espiritual y profunda del sufrimiento, entendido como un camino hacia la redención y no como vacua agonía sin sentido hacia el final. Ambos grupos han obtenido porcentajes similares que podríamos calificar de serenidad general hacia el sufrimiento, ya que en muchas ocasiones han contestado con alegría, quitando importancia a las molestias y dolores, en gran parte para no preocupar a los propios cuidadores y no caer en la autocompasión. En el grupo institucionalizado un 65,9 % de los encuestados han respondido “No tengo dolor o malestar en el día de hoy” frente al 70,2 % del grupo no residente.

ANSIEDAD / DEPRESIÓN

Por considerarse una de las afecciones emocionales más comunes en los ancianos, la ansiedad y la depresión se encuentran presentes en la mayoría de los test psicológicos que se aplican a pacientes de edad avanzada. En el presente trabajo se ha podido constatar que la cercanía de la familia, vivir en el propio hogar o con familiares, las responsabilidades y tareas diarias, así como una vida social activa y saludable, merman las posibilidades de sufrir ansiedad o depresión. Se han registrado unos valores en ancianos institucionalizados de 42,7 % en la

opción de “Estoy moderadamente ansioso o deprimido”, mientras que para ancianos no institucionalizados, esta opción ha obtenido un porcentaje de 29,4 %.

CUESTIONES ADICIONALES

1. Cuestión sobre el “Gusto por la vida”

Remarcar ante todo que la aceptación de esta cuestión, -por ser de nueva cuña se desconocía la reacción que podía provocar en los sujetos estudiados- ha sido muy positiva, ya que su comprensión y la filosofía que trasluce ha sido del agrado de la mayoría de los encuestados. Por haberse realizado únicamente al grupo no institucionalizado no podemos comparar resultados en ambos grupos, pero los porcentajes obtenidos son los que siguen: un 68,1 % ha contestado “Siento un gran gusto por la vida”, un 29,4 % se ha decantado por la opción “Siento un moderado gusto por la vida” y únicamente el 2,5 % ha contestado “No siento gusto por la vida”.

2. Cuestión sobre la eutanasia

Afrontar esta cuestión ha sido delicado, se ha procurado su abordaje con tacto, respeto, prudencia y educación, sin caer en un proteccionismo innecesario. En muchas ocasiones se ha tenido que explicar el concepto de “eutanasia” por no resultar familiar a un gran número de ancianos, no obstante, una vez expuesto, estos han sido los resultados obtenidos: un 63,6 % de los ancianos encuestados se han manifestado claramente en contra de la eutanasia, un 28,2 % no está a favor ni en contra y un reducido 8,2 % ha declarado estar a favor de esta práctica.

CONCLUSIONES

1. CONCLUSIONES GENERALES

Aunque el cuestionario EQ-5D esté internacionalmente validado y estandarizado, podría completarse con alguna cuestión subjetiva acerca del “gusto por la vida”, porque una persona de edad puede sufrir innumerables molestias y dolores, pero en última instancia son sus “ganas de vivir” las que le hacen afrontar cada día con una sonrisa, dándonos a todos ejemplo.

2. GRUPO FEMENINO

Aunque las patologías sufridas por ambos sexos son similares, la percepción ligeramente más positiva del grupo femenino puede deberse a que continúa llevando adelante más labores que el grupo masculino. Afrontar el cuidado de la pareja como una tarea primordial contribuye positivamente a la mejor autopercepción en las mujeres, mejora su autoestima y la necesidad de “hacerse fuerte” frente a las adversidades o enfermedades, considerándose útiles y necesarias. La entrega al cuidado de los demás enriquece a nivel personal y positiviza la percepción de los problemas y molestias cotidianos.

3. GRUPO MASCULINO

Los varones de este estudio tienden, por lo general, y una vez escindidos del mundo laboral, a sentirse poco necesarios o desubicados. La falta de tareas de responsabilidad cotidiana disminuye el optimismo vital y les hace más propensos a sufrir depresión y desánimo.

4. CUESTIONARIO EUROQOL- 5 DIMENSIONES

-MOVILIDAD

Aunque condicionada por el natural declive de la edad, la movilidad depende en última instancia de la voluntad del paciente de sobreponerse a las molestias y “continuar caminando”. Una vida social activa y actividades organizadas que supongan actividad física contribuyen activamente a la salud del anciano.

-CUIDADO PERSONAL

Los ancianos institucionalizados muestran una mayor dependencia a la hora de arreglarse y vestirse que el grupo no institucionalizado. Esto contribuye a mermar su seguridad y autonomía.

-ACTIVIDADES COTIDIANAS

Las labores domésticas o familiares inciden positivamente en la autoafirmación del anciano, haciéndole sentir útil, vivo y autosuficiente. Contribuyen en gran medida a mejorar su ánimo, les aportan autoestima y seguridad en sí mismos. La restricción de estas labores en el área institucional repercute negativamente en la autopercepción del anciano.

-DOLOR / MALESTAR

Esta generación de personas de edad nos aporta una lección a los más jóvenes: como diría el propio Jesús Urteaga “siempre alegres para hacer felices a los demás”. Su capacidad para sonreír ante la adversidad y el natural declive biológico, muestra una profunda discreción y consideración para con el otro, huyendo en gran medida de la autocompasión.

-ANSIEDAD / DEPRESIÓN

La cercanía de la familia, vivir en el propio hogar o con familiares, las responsabilidades y tareas diarias, así como una vida social activa y saludable, merman las posibilidades de sufrir ansiedad o depresión.

5. EL PAPEL DE LOS CUIDADORES

La encomiable labor de los cuidadores tanto en el ámbito público o institucional como en el privado o familiar, y el cariño, cuidado y paciencia con que tratan a los ancianos han hecho posible la realización de este trabajo.

6. EUTANASIA: MÁS IMPACTO MEDIÁTICO QUE NECESIDAD SOCIAL

Pese a que la muestra estudiada es limitada, puede considerarse como representativo en el contexto que hemos realizado nuestro trabajo que ancianos activos e integrados social y familiarmente, con autonomía e independencia se muestran mayoritariamente en contra de la eutanasia. Aunque en parte ya no correspondan a los datos obtenidos, nos parece prudente señalar que podría hacerse un estudio posterior acerca de la distinta percepción del tema desde el anciano real y desde el parlamento y así ya se intuye que no es lo mismo teorizar o legislar desde un parlamento, senado, partido político o grupo de presión social que verse entrado en años y potencialmente considerado como un estorbo a eliminar. La muerte y la vejez nos acechan a todos por nuestra natural condición humana biológica, la vida terrenal es finita, pero es en última instancia el actuar humano y la fe en un más allá trascendente el que puede hacer –si es honrado en su proceder- que nos liberemos del miedo al natural final. Mientras hay vida hay esperanza, y la dignidad de un anciano no puede medirse en función de su salud o su percepción. Las personas –en este caso, las de mayor edad- son más que su actual estado emocional, físico o psicológico, y no se las puede someter al arbitrio de la eficiencia deshumanizada.

BIBLIOGRAFÍA

- Appel B, Østerlind K, Rahm I. “Quality of life of elderly persons with cancer: a 6-month follow-up.” *Scand J Caring Sci*, 21, (2007), 178-190.
- Badía X, Roset M, Herdman M, Kind P. “A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states.” *Med Decis Making*, 21, (2001), 7-16.
- Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. “La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones.” *Med Clin*, (en prensa), (1999).
- Bonnefoy M, Jauffret M, Kostka T, Jusot J. “Usefulness of calf circumference measurement in assessing the nutritional state of hospitalized elderly people.” *Gerontology*, 48, (2002), 162-169.
- Brazier J, Roberts J, Tsuchiya A, Busschbach J. “A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups.” *Health Econ*, 13, (2004), 873-884.
- Bunout D, Barrera G, Pía de la Maza M, Leiva L, Gattas V, Hirsch S. “Height reduction, determined using knee height measurement as a risk factor or predictive sign for osteoporosis in elderly women.” *Nutrition*, 23, (2007), 794-797.
- Centro Regional de Estadística de Murcia. [Publicación en línea]. 2010. <http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_proyecciones/sec15.html> [Consulta: 8/01/10]
- Conferencia Episcopal Española. [Publicación en línea]. Febrero 1993. <<http://www.unav.es/cdb/ceeseutanasia100.html>> La Eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. [Consulta: 19/04/10]
- Dapcich V, Medina R. “Demografía y proyección del envejecimiento en España y la Unión Europea.” En *Libro Blanco de la Alimentación de los Mayores*. Ed. Médica Panamericana. Muñoz M, Aranceta J, Guijarro J. Madrid. 2004.
- Dean M, Grunert K, Raats M, Asger N, Lumbers M, “Food in Later Life Team. The impact of personal resources and their goal relevance on satisfaction with food-related life among the elderly.” *Appetite*, 50, (2008), 308-315.
- Degl’ Innocenti A, Elmfeldt D, Hansson L, Breteler M, James O, Lithell H, Olofsson B, Skoog I, Trenkwalder P, Zanchetti A, Wiklund I. *Blood Pressure*, 11, (2002), 157-165.
- Esquiús M, Schwartz S, López J, Andreu A, García E. “Parámetros antropométricos de referencia de la población anciana.” *Med Clin (Barc)*, 100, (1993), 692-698.

- Gombos T, Kertész K, Csíkos A, Söderhamn U, Söderhamn O, Prohászka Z. “Nutritional form for the elderly is a reliable and valid instrument for the determination of undernutrition risk, and it is associated with health-related quality of life.” *Nutrition Research*, 28, (2008), 59-65.
- Gómez M, González F, Sánchez C. “Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada.” *Nutr Hosp*, 20 (4), (2005), 286-292.
- Greiner W, Weijnen T, Nieuwenhuizen M, Oppe S, Badia X, Busschbach J, Buxton M, Dolan P, Kind P, Krabbe P, Ohinmaa A, Parkin D, Roset M, Sintonen H, Tsuchiya A, De Charro F. “A single European currency for EQ-5D health states. Results from a six-country study.” *Eur J Health Econom*, 4, (2003), 222-231.
- Herdman M, Badia X, Berra S. “El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria.” *Aten Primaria*, 28(6), (2001), 425-429.
- Hickson M, Frost G. “An investigation into the relationships between quality of life, nutritional status and physical function.” *Clinical Nutrition*, 23, (2004), 213-221.
- Hoeymans N, Van Lindert H, Westert G. “The health status of the Dutch population as assessed by the EQ-6D.” *Qual Life Res*, 14, (2005), 655-663.
- Holland R, Smith R, Harvey I, Swift L, Lenaghan E. “Assessing quality of life in the elderly: a direct comparison of the EQ-5D and AQoL.” *Health Econ*, 13, (2004), 793-805.
- Hughes V, Roubenoff R, Wood M, Frontera W, Evans W, Fiatarone M. “Anthropometric assessment of 10-y changes in body composition in the elderly.” *Am J Clin Nutr*, 80, (2004), 475-482.
- Instituto Nacional de Estadística. <<http://www.ine.es>> [Consulta: 19/04/10]
- Jimenez M, Fernández C, Verduga R, Crespo D. “Valoración antropométrica en una población institucionalizada muy anciana.” *Nutr Hosp*, 17(5), (2002), 244-250.
- Krebs E, Taylor B, Cauley J, Stone K, Bowman P, Ensrud K. “Measures of adiposity and risk of breast cancer in older postmenopausal women.” *J Amer Geriatr Society*, 54(1), (2006), 63-69.
- Lips P, Van Schoor N. “Quality of life in patients with osteoporosis.” *Osteoporos Int*, 16, (2005), 447-455.
- Massa E, Madeddu C, Astará G, Pisano M, Spiga C, Tanca F, Sanna E, Puddu I, Patteri E, Lamonica G, Deiana L, Saba F, Mantovani G. “An attempt to correlate a

- “Multidimensional Geriatric Assessment” (MGA), treatment assignment and clinical outcome in elderly cancer patients: Results of a phase II open study”. *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, 66, (2008), 75-83.
- Muñoz F, Ortiz M, Vega P. “Valoración nutricional en ancianos frágiles en atención primaria.” *Atención Primaria*, 35, (2005), 460-465.
 - Ortega R, Garrido G, Turrero E, Chamorro M, Díaz E, Andres P. “Valoración antropométrica del estado nutricional de un colectivo de ancianos de Madrid (España).” *Arch Latin Nutr*, 42(1), (1992), 26-35.
 - Oviedo G, Morón de Salim A, Solano L. “Indicadores antropométricos de obesidad y su relación con la enfermedad isquémica coronaria.” *Nutr Hosp*, 21(6), (2006), 695-698.
 - Perissinotto E, Pisent C, Sergi G, Grigoletto F, Enzi G, ILSA Working Group. “Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences.” *British J Nutrition*, 87, (2002), 177-186.
 - Prieto L, Badía X. “Cuestionarios de salud: concepto y metodología.” *Atención Primaria*, 28, (2001), 201-209.
 - Rodríguez N, Herrera H, Luque M, Hernández R, Hernández de Valera Y. “Caracterización antropométrica de un grupo de adultos mayores de vida libre e institucionalizados.” *Antropo*, 8, (2004), 57-71.
 - Santos J, Albala C, Lera L, García C, Arroyo P, Pérez-Bravo F, Angel B, Peláez M. “Anthropometric measurements in the elderly population of Santiago, Chile.” *Nutrition*, 20(5), (2004), 452-457.
 - Savina C, Donini L, Anzivino R, De Felice M, De Bernardini L, Cannella C. “Administering the “AHSP Questionnaire” (Appetite, Hunger, Sensory Perception) in a geriatric rehabilitation care.” *J Nutr Health Aging*, 7(6), (2003), 385-389.
 - Sewitch M, McCusker J, Dendukuri N, Yaffe M. “Depression in frail elders: impact on family caregivers.” *Int J Geriatr Psychiatry*, 19, (2004), 655-665.
 - Seymour D, Starr J, Fox H, Lemmon H, Deary I, Prescott G, Whalley L. “Quality of life and its correlates in octogenarians. Use of the SEIQoL-DW in Wave 5 of the Aberdeen Birth Cohort 1921 Study (ABC1921).” *Qual Life Res*, 17, (2008), 11-20.
 - Shatenstein B, Ferland G. “Absence of nutritional or clinical consequences of decentralized bulk food portioning in elderly nursing home residents with dementia in Montreal.” *J Am Diet Association*, 100(11), (2000), 1354-1360.

- The Whoqol group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): “Development and general psychometric properties.” *Social Science and Medicine*, 46, (2002), 1569-1585
- Tidermark J, Bergström G, Svensson O, Törnkvist H, Ponzer S. “Responsiveness of the EuroQol (EQ-5D) and the SF-36 in elderly patients with displaced femoral neck fractures.” *Qual Life Res*, 12, (2003), 1069-1079.
- Tidermark J, Zethraeus N, Svensson O, Törnkvist H, Ponzer S. “Femoral neck fractures in the elderly: Functional outcome and quality of life according to EuroQol.” *Qual Life Res*, 11, (2002), 473-481.
- Tomás y Garrido G. “Aportación de los ancianos al sentido de la vida”. En *Anthropotes*. Ed. PUL. Pontificio Instituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Estratto. 18. 2002.
- Van Schoor N, Smit J, Twisk J, Lips P. “Impact of vertebral deformities, osteoarthritis, and other chronic diseases on quality of life: a population-based study.” *Osteoporos Int*, 16, (2005), 749-756.
- Velasco J, Urbistondo M, Martínez J. “Malnutrición hospitalaria y valoración del estado nutricional.” En *Alimentación Hospitalaria. 1. Fundamentos*. Ed. Díaz de Santos. Martínez J, Astiarán I, Muñoz M, Cuervo M. Madrid. 2004.
- Zamboni M, Zoico E, Tosoni P, Zivelonghi A, Bortolani A, Maggi S, Di Francesco V, Bosello O. “Relation between vitamin D, physical performance, and disability in elderly persons.” *J Gerontology: Med Sciences*, 57A(1), (2002), M7-M11.

ANEXOS

ANEXO 1

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña, de años de edad y con DNI nº, manifiesta que ha sido informado sobre la realización del cuestionario de calidad de vida denominado Euroqol 5-Dimensiones para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado "Contribución de la percepción sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en ancianos de la ciudad de Murcia", realizado por Maria del Carmen Sánchez Moreno con DNI nº 48499654-Z, para la obtención del título de Máster en Bioética de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

He sido informado de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que está sometido y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta encuesta tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Murcia, a de de 2010.

Fdo. D/Dña

ANEXO 2

COD. ESTADÍSTICO	HAB.	Nº HISTORIA CLÍNICA
1	1A 13	
2	1A 18	
3	2A 3	
4	2A 4	
5	2A 5	
6	2A 6	
7	2A 14	
8	2A 18	
9	2A 19	
10	2B 3	
11	2B 7	
12	2B 8	
13	2B 13	
14	2B 16	
15	2B 17	
16	2B 18	
17	2B 20	
18	2C 6	
19	2C 8	
20	2C 16	
21	2C 18	
22	2D 4	
23	2D 15	
24	3A 2	

25	3A 3	
26	3A 11	
27	3A 12	
28	3A 13	
29	3A 14	
30	3A 15	
31	3A 18	
32	3B 4	
33	3B 6	
34	3B 7	
35	3B 10	
36	3B 11	
37	3B 12	
38	3B 13	
39	3B 15	
40	3B 16	
41	3B 17	
42	3C 2	
43	3C 5	
44	3C 6	
45	3C 7	
46	3C 13	
47	3C 14	
48	3D 4	
49	3D 5	
50	3D 10	

51	3D 14	
52	3A 16	
53	3C 3	
54	3D 7	
55	3A 10	
56	3B 16	
57	3B 17	
58	3C 2	
59	3C 5	
60	3C 6	
61	3B 16	
62	3C 15	
63	3C 12	
64	3B 8	
65	3A 10	
66	3C 1	
67	3A 16	
68	3B 3	
69	3B 19	
70	3C 8	
71	3C 9	
72	3A 16	
73	2D 18	
74	3C 15	
75	3A 14	

